Социодинамическая психиатрия

УДК 159.9.07 ББК 56.14 К 68

Научный консультант серии —*А.Б.Хавин*

Рекомендовано кафедрой психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования и Профессиональной психотерапевтической лигой в качестве учебного пособия по психотерапии

Издлиц. № 065723 от 10.03.98. Литературно-издательское агентство "Академический Проект" 111399, Москва, ул. Мартеновская, 3, стр. 4 *Гигиенический сертификат № 77.99.6.953. П.4044.7.99 от 05.07.99*

Изд.лиц. № 00036 от 26.09.99. Издательство "Деловая книга"

620014, Екатеринбург, ул. Ваинера, 40, лит. А, к. 112 *Гигиенический сертификат Na 77.ФЦ.8.953.П.510.5.99 от 12.05.99* Подписано в печать с готовых диапозитивов 23.03.2000. Формат 84x108/32. Гарнитура Тайме. Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,16. Тираж 3000 экз. Заказ № 146.

Отпечатано с готовых диапозитивов на ГИПП «Уральский рабочий» 620219, г. Екатеринбург, ул. Тургенева, 13.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. К68 Социодинамическая психиатрия. —М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. — 460 с.

ISBN 5-8291-0015-0 («Академический проект»)

ISBN 5-88687-070-9 («Деловая книга»)

СОДЕРЖАНИЕ

Книга представляет собой первое в отечественной литературе руководство по социодинамической психиатрии. Это направление является пограничным между собственно психиатрией и клинической и социальной моделями психотерапии. Авторы рассматривают психиатрию, психотерапию и наркологию как с биологических, так и с психологических и социальных позиций.

Книга адресована профессионалам в области психиатрии, психотерапии, психологии, а также всем специалистам, кому по роду своей деятельности приходится взаимодействовать с людьми, имеющими те или иные психические расстройства, как выраженные, так и скрытые, становящиеся заметными только в стрессовых ситуациях.

ISBN 5-8291-0015-0 («Академический Проект») ISBN 5-88687-070-9 («Деловая книга»)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Перед вами первое в отечественной литературе руководство по социодинамической психиатрии. Наша отечественная психиатрия сформировалась и продолжает функционировать как биологически ориентированная, естественнонаучная дисциплина. Наука и практика современной российской психиатрии в основном сосредоточена на изучении и использовании в клинической практике биологических механизмов развития и функционирования психических расстройств. Лечение также осуществляется в основном биологическими методами. Широко используется психофармакотерапия, реже другие, например шоковые методы лечения.

Прогрессивные практики, да и ученые психиатры все чаще интересуются возможностями социального и психологического воздействия на пациентов. Связано это как с неудовлетворенностью результатами биологической терапии, так и с множеством осложнений и побочных действий лекарств и иных используемых методов лечения. И кроме того с проблемами социальными — недостатком финансирования для широкого применения современных лекарственных препаратов в клинике.

Мы далеки от предложений исключения лекарственной и иной биологической терапии из лечебных программ при психических расстройствах. Эти методы лечения в наших психиатрических учреждениях являются доминирующими, а зачастую просто единственными. Конечно же, их проще освоить и научиться использовать в практике, чем, скажем, методы психотерапии. 'Об этом свидетельствует принятый подход в подготовке врачей--психотерапевтов. Каждый претендент должен обучиться психиатрии, получить право практической работы в качестве психиатра,— отработать три года врачом-психиатром,— только затем обучаться психотерапии. Кроме того принятые методы биологической терапии значительно менее трудоемки чем подходы социальной или психологической терапии. Только биомедицинская парадигма значительно обедняет психиатрию и уже не может удовлетворить ни психиатров, ни пациентов. Биологический подход в психиатрии удачно дополняется социодинамической и психодинамической парадигмами.

Самостоятельно связать распространенные у нас концепции в психиатрии с ее рассмотрением с позиций социальных и психологических подходов специалистам зачастую не удается. Уж очень сложна эта задача. Можно уверенно сказать, что авторам она оказалась по плечу. Ведь Ц.П. Короленко на протяжении уже четырех десятилетий рассматривает психиатрию и наркологию, а позже и психотерапию, как с биологических, так и с психологических и социальных позиций. А Н.В. Дмитриева не только врач-психотерапевт и кандидат медицинских наук, но и профессор кафедры специальной и коррекционной психологии и доктор психологических наук. Широта подходов, высокий уровень информированности о состоянии психиатрической науки и практики как в нашей стране, так и в развитых странах Запада, и желание передать свои знания коллегам всегда выделяли авторов из когорты коллег. Недаром с кафедры Ц.П. Короленко вышел целый ряд известных психиатров, отличающихся нетрадиционным подходом к пониманию и лечению психических расстройств. Наряду с ними также вышла и целая плеяда психотерапевтов, активно развивающих идеи клинической и социальной психотерапии. В настоящее время вышедшие с кафедры Ц.П. Короленко профессионалы развивают психиатрию, наркологию и психотерапию в Российской Федерации, других республиках СНГ, странах Западной Европы.

Интересными и важными представляются размышления авторов об истории отечественной психиатрии. Глобальные изменения, происходящие в нашей стране, очень быстро делают далеким прошлым эпоху советской психиатрии. Вместе с тем, эта история еще не нашла своего компетентного и объективного летописца. Ее активных участников и свидетелей становится все меньше. А неангажированных и успешно избегавших крайностей той эпохи сегодня уже единицы. Несомненно один из них автор этой книги. И данное издание, возможно, поможет молодым коллегам многое осознать и ответить себе на вопросы, которые все еще остаются без

ответа. Например: в связи с чем в архивных историях болезни советской эпохи так часто встречается диагноз "шизофрения"? В связи с чем этот диагноз выставлялся без убедительного обоснования или просто без достаточного обоснования? В социодинамической психиатрии часть, посвященная шизофрении, находится в самом конце этого объемного тома. По объему она меньше, чем другие части книги. Это соответствует частоте распространения шизофрении в популяции. И психотерапевт может лишь приветствовать такой подход. Ведь в представлении широких слоев граждан нашей страны само понятие "шизофрения"— это синоним сумасшествия, неизлечимого психоза с трагическим финалом. И нам важно учитывать это. Впрочем, расстройства, традиционно относимые у нас к шизофрении, достаточно подробно описаны авторами в других частях книги. И это соответствует прогрессивному мировому подходу. Так, авторы излагают теорию и практику современного психоанализа и других психоаналитических концепций; культуральные аспекты социодинамической психиатрии; описывают влияние семьи, межличностных отношений, самооценки личности на развитие дисфункционального поведения.

В части, посвященной частной психиатрии, подробно описываются личностные расстройства и отклоняющееся поведение. Они рассматриваются согласно DSM-IV на основе огромного клинического опыта авторов, приобретенного в России, других республиках СНГ, дальнем зарубежье. Отдельно рассмотрены непродолжительные психотические расстройства и нарушения настроения.

Социодинамическая психиатрия является столь большой темой, что солидный том данной книги часто представляется справочным изданием. Для более полного изложения данного предмета, пограничного между психиатрией с одной стороны, клинической и социальной моделями психотерапии, с другой стороны, авторам понадобится создать многотомник. А сейчас очень важно, что выходит книга, которая заполнит пробел в нашей литературе в области социодинамической психотерапии. Книга написана доступным языком. И можно уверенно говорить о ее успехе у читателей: профессионалов в области психиатрии, психотерапии, психологии. А также у всех тех специалистов, кому по роду своей деятельности приходится взаимодействовать с людьми, имеющими те или иные психические расстройства, как выраженные, так и скрытые, становящиеся заметными только в стрессовых ситуациях. Авторы видят оптимистические перспективы развития отечественной психиатрии. И книга во многом посвящена оптимистическому будущему психиатрии, приближает его и делает реальным.

Макаров В.В,, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии, президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, вице-президент Европейской ассоциации психотерапии.

Москва, февраль 2000 г.

ВВЕДЕНИЕ

Социодинамическая психиатрия использует теории, модели и гипотезы, применяемые в социальной и психодинамической психиатрии.

Социальная парадигма социодинамической психиатрии включает анализ влияния социально-культуральных, экологических, правовых, религиозных факторов на развитие, течение, особенности, лечение и предупреждение психических расстройств.

В рамках психодинамической парадигмы анализируются психологические механизмы психических нарушений с использованием таких теорий личности, как аналитическая и индивидуальная психология, современный психоанализ и др.

Основные подходы социодинамической психиатрии могут показаться непривычными или даже вызвать сопротивление у психиатров, получивших образование в жестких границах биомедицинских подходов и в течение длительного времени применяющих их в практической деятельности. Это связано с тем, что, несмотря на формальное признание значения социопсихологических факторов в психиатрической практике они не влияют существенным образом на диагноз, оценку состояния пациентов, терапию и профилактику. Создавшаяся ситуация объективно не соответствует современным требованиям, находится в противоречии с положениями об индивидуальном подходе к каждому пациенту, необходимостью социальной и психологической поддержки, создания терапевтических сообществ, групп, работающих по специальным программам (рациональное выздоровление, обучение ассертивности, анонимные алкоголики).

Традиционная биомедицинская парадигма в психиатрии переживает период кризиса в связи с нарастающим количеством фактов, которые невозможно объяснить, оставаясь в ее пределах. Психиатру прежде всего необходимо понимание зависимости психического расстройства не только от биологических (генетических), органических нарушений, но и от особенностей воспитания, эмоциональной депривации и психической травматизации уже в самом раннем детстве, характера контактов со сверстниками, системы принятых ценностей, экономической ситуации в семье и др.

В этой книге анализируются основные формы психической патологии с позиции социодинамических подходов. Классификация и характеристика психических расстройств проводится в соответствии с DSM-IV и дополняется данными транскультуральных исследований. Особое внимание уделено формам психических расстройств, до настоящего времени не входивших в классификации: большинство нехимических аддикций, фанатическое, конформистское поведение. Подробно рассматриваются расстройства, в возникновении и развитии которых социопсихологические факторы имеют особое значение: личностные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, кратковременные психические расстройства. Приводится очерк наиболее популярных теорий личности, так как их знание позволяет лучше понимать психическое состояние, эмоциональные проблемы здорового человека и психологические механизмы, ведущие к развитию психических расстройств.

Авторы старались изложить материал доступным языком, избегая, где это возможно, терминологических усложнений, чтобы не вызвать дополнительных затруднений у непрофессионалов. Вместе с тем, это не связано с упрощением самого содержания.

"Социодинамическая психиатрия" может представлять интерес как для психиатров, так и для специалистов в различных областях знания, прежде всего психологов, социологов,

юристов, педагогов, а также для читателей, интересующихся современными проблемами психического здоровья.

ЧАСТЬ I

Глава 1

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ

РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ ДО 1917 Г.

Развитие российской психиатрии связано с именами таких известных психиатров, как Балинский, Мержеевский, Корсаков, Сербский, Кандинский. С 1867 г. психиатрия стала обязательным предметом медицинского университетского образования. Первым русским профессором, читавшим лекции по курсу психиатрии, был Балинский. Лекции и клинические разборы Балинского отличались глубиной психологического анализа, что является одним из свидетельств интереса к психологии уже в начале развития научной психиатрии в России. В психиатрии этого периода, наряду с самостоятельным развитием, прослеживалась ассимиляция и творческая переработка идей и клинического опыта психиатрии других стран и особенно Германии. Это явление было связано с тем, что многие российские психиатры учились в Германии или, получив образование в России, продолжали повышать свою квалификацию в немецких университетах. Более того, психические больные из богатых семей часто лечились в немецких клиниках.

Влияние немецкой психиатрии на менталитет российских психиатров было достаточно сильным; очевидно, с этим было связано восприятие крепелиновской идеи о dementia praecox как о нозологическом образовании, имеющем необратимый характер и ведущем, с точки зрения Крепелина, к формированию "психического дефекта". Крепелин в течение шести лет (1886-1891 гг.) работал на территории Российской империи в качестве профессора университета в Тарту. Ряд научных исследований, ориентированных на экспериментальные физиологические подходы, проводился под его руководством. К этим исследованиям относились, например, "Исследование физиологии сна" Michelson (1891) и "Влияние кофеина и чая на длительность психических процессов" Dehio(1987).

Следует отметить, что представители школ Корсакова и Сербского оказывали значительное сопротивление внедрению Крепелиновского подхода в российскую психиатрию. Многие психиатры "во главе с Сербским явились пионерами в проведении в России идей Фрейда, Юнга и Блейлера" (Розенштейн, 1928). Сербский являлся сторонником динамических гипотез в психиатрии и в то же время относился отрицательно к переоценке значения либидо в генезе неврозов. Положительное отношение к психоанализу было характерно для председателя Русского союза невропатологов и психиатров Баженова (избранного на 1-м съезде в 1911 г.), редактора журнала "Психотерапия" Вырубова, известного психиатра Осипова и др.

Концепция неблагоприятной динамики dementia praecox привела к возникновению своеобразного стиля клинического мышления у психиатров, они рассматривали эту форму

патологии как один из видов безнадежного заболевания, которое в каждом конкретном случае приводит к необратимому нарушению ядра личности пациента. Отрицательным последствием такого подхода являлась недооценка роли психологических и социопсихологических факторов. Течение dementia praecox в менталитете психиатров соединялось исключительно с генетическими и биологическими факторами. В результате этот тип логистики приводил к возникновению нигилистического подхода к терапевтическим возможностям при dementia praecox. Влияние такого мышления, основанного на определенном предубеждении, на пациентов, их родственников и знакомых, естественно, было отрицательным. Это привело к формированию неблагоприятного и неконструктивного восприятия психически больных обществом в целом. Интересен факт, свидетельствующий о том, что даже изменение точки зрения на фатальность dementia praecox самим Крепелином, изменившим свое мнение в последние периоды работы, не повлиял сколько-нибудь существенно на изменение отношения к его первоначальной концепции со стороны психиатров в России и Германии. Ситуация не изменилась даже после появления концепции Э. Блейлера о шизофрении. Изменения коснулись только названия болезни, а идея о неблагоприятном течении и развитии психического дефекта сохранилась. На примере истории "dementia praecox — шизофрения" прослеживается отрицательное влияние применения исключительно медико-биологического подхода и его последствий. Медико-биологическая модель была перенесена в психиатрию из соматической медицины без распознавания специфического во многом характера признаков и симптомов в психиатрии по сравнению с соматической медициной.

Таким образом, несмотря на интерес к психологии и в частности, к психоанализу, российская психиатрия до 1917 г. была преимущественно ориентирована на биомедицинские подходы; социокультурный и личностный аспекты пользовались меньшей популярностью. Концепция болезни (психических нарушений) развивалась в соответствии с моделью, типичной для соматической медицины. Возникновение и развитие психических заболеваний связывалось с генетическими и соматическими факторами, инфекционными и токсическими агентами или последствиями черепно-мозговых травм. Клиническое мышление специалистов акцентировало идею о том, что все психические расстройства разделены на отдельные, более или менее клинически определяемые нозологические единицы, каждая из которых имеет специфическую причину и динамику. В качестве демонстрации правильности такого подхода использовалась модель прогрессивного паралича. Высказывалось предположение о том, что другие психические заболевания, природа которых до сих пор неизвестна, в свое время будут объяснены в рамках такой же модели, в которой был концептуализирован прогрессивный паралич. Основанием для оптимизма служили успехи биологической науки.

Механизм психических расстройств анализировался преимущественно с позиций физиологии высшей нервной деятельности, что было связано с популярностью работ таких известных русских физиологов, как Сеченов, Ухтомский и Павлов. Теория условных рефлексов Павлова (термин взят из работ Сеченова) использовалась для объяснения физиологических механизмов психических нарушений, в том числе бредовых идей, кататонических симптомов и галлюцинаций. Павлов пытался оживить античную классификацию Гиппократа с выделением четырех типов личности: меланхолического, флегматического, холерического и сангвинического. Павлов сохранил старую терминологию, связывая особенности психологии

человека с механизмами высшей нервной деятельности. Дифференциация выделенных типов личностей основывалась на силе и взаимодействии процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга. Павлов разделял людей на два типа:

1) люди преимущественно аналитического, мыслительного типа;

2) люди с выраженной способностью к образному мышлению (художественный тип).

Павлов считал, что нарушение функций коры головного мозга вызывает нарушение функций всех соматических систем. Этот процесс может приводить и к развитию психических нарушений. В свою очередь психические нарушения способны вызывать развитие соматических заболеваний.

В то же время роль социальных и психологических факторов в возникновении, течении и исходе психических заболеваний не была полностью игнорирована русской психиатрией этого периода. Это находило отражение прежде всего в проблемах алкоголизма, суицидного поведения, криминалитета и фанатизма, анализ которых проводился преимущественно с учетом социальных, и — в меньшей степени психологических факторов. В соответствии с позицией Корсакова развитие и исход психических заболеваний зависели не только от наследственности, но и от социальных условий. В этиологии психических нарушений Корсаков, например, обращал внимание на значение такого социального явления, как бедность. Он писал: "Бедность является одним из важных факторов, приводящих к росту психических заболеваний". Автор постулировал идею о том, что устранение алкоголизма может оказать положительное влияние на статистику многих психических расстройств. Корсаков связывал также государственную политику предупреждения психических болезней с общим образованием населения в области медицины, гигиены и организацией специальной системы социологического обучения.

Многие русские психиатры организовывали на базе психиатрических больниц специальные отделения, дающие пациентам возможность развивать технические навыки, принимать участие в сельскохозяйственной работе и садоводстве. Это направление нашло отражение в истории Сибирской психиатрической больницы г. Томска, получившей за участие психически больных пациентов в сельском хозяйстве серебряную медаль на Всемирной выставке в Париже в 1913 г.

Интерес к роли социальных и психологических факторов в развитии психических нарушений активизировался в результате исследований Бехтерева, посвященных этому вопросу.

ПСИХИАТРИЯ СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА

Идеологические концепции постоянно оказывали существенное влияние на развитие советской психиатрии.

Представляется возможным выделить некоторые наиболее типичные доктрины в этой области. Одной из них являлась прокламация лозунга об отсутствии в социалистическом обществе основных социальных условий для возникновения психических нарушений. Жизни в

стране социализма противопоставлялись неблагополучные и деструктивные условия, имеющие место в капиталистических странах. Этот тезис отражает упрощенное понимание психогенеза психических заболеваний. Тем не менее, он был широко распространен в бывшем СССР. В соответствии с этой концепцией низкое количество психических заболеваний является показателем преимущества социальной системы. Официальная советская медицина и медицинская статистика были ориентированы на задачу доказать правильность этой идеи. Результаты проводимой политики были чрезвычайно негативными, приводили к постоянной фальсификации статистических данных и появлению двух типов статистики: открытых данных, публиковавшихся в официальных изданиях, и секретных статистических данных, содержащихся в специальных изданиях, которые можно было получить только при специальном разрешении соответствующих структур. Информация, касающаяся статистики в психиатрии, особенно проблем алкоголизма, злоупотребления препаратами, наркомании, публиковалась в открытой печати в не соответствующем действительности виде. Так, в учебнике психиатрии Снежневского, как и в других руководствах, постулировалось, что проблемы наркомании в СССР не существует, а редкие случаи опиоидной зависимости развиваются лишь у некоторых пациентов после хирургических вмешательств, в случаях назначения им этих препаратов в течение длительного времени (Снежневский, 1983). Постоянно подчеркивалось, что алкоголизм не является реальной проблемой в СССР, и злоупотребление алкоголем появляется в результате пережитков капитализма в сознании.

К чертам, типичным для советской психиатрии, относилась постоянная тенденция лимитировать концепцию психогенных психических расстройств. Эти заболевания рассматривались очень ограниченно и диагностировались в рамках так называемых реактивных психозов. Роль психологических (даже в качестве патопластических) факторов в развитии психических нарушений практически не конкретизировалась. В теории признавалась роль психологических травматических влияний в возникновении "неврозов". Тем не менее, такое утверждение не приводило к анализу психологических механизмов. Вместо этого широко использовались физиологические термины и категории, включенные в концепцию "патофизиологии высшей нервной деятельности". После объединенного заседания Академии медицинских наук СССР и Академии наук СССР (Павловская сессия 1950 г.) патофизиология высшей нервной деятельности была установлена как новая дисциплина, обязательная для всех психиатров СССР, проходящих переквалификацию в соответствии с этой концепцией. Согласно постулатам патофизиологии высшей нервной деятельности, развитие всех психических расстройств объяснялось в терминах измененных отношений между возбуждением и торможением, их интерференцией и различными фазами торможения.

Психологические подходы в процессе диагностики, лечения и объяснения механизмов развития психических нарушений были запрещены и практически исключены из практики психиатров. Это запрещение основывалось на идеологической концепции этикетирования всех психологических теорий личности, прежде всего психоаналитических, в качестве реакционных и идеалистических.

Как последствие влияния этих стратегий попытки установить более или менее неформальный контакт с психически больными пациентами критиковались как

"непрофессиональная психологизация". Психиатры, использующие социопсихологические подходы, могли стать целью постоянных обвинений, имели проблемы в становлении профессиональной карьеры, а в лучшем случае направлялись на переподготовку в московские институты психиатрии. Таким образом, советская психиатрия не имела возможности использовать ни психологические теории, ни психологические подходы в межличностных отношениях между врачом и пациентом.

Психиатрия советского периода ориентировалась на выявление симптомов, синдромов и нозологии. Обучение студентов и специалистов, повышающих квалификацию, концентрировалось на усвоении узких профессиональных навыков, направленных на умение выделить тот или иной психопатологический симптом. Считалось, что большинство пациентов стараются скрыть признаки имеющей у них место психопатологии и задачей "квалифицированного" психиатра является умение раскрыть скрываемые признаки. Этот вид диагностики напоминал в каком-то смысле полицейское расследование и практически нарушал специфические отношения, необходимые для контакта между врачом и пациентом. Результатом такой направленности образования, явилось развитие у психиатров навыков и ментальности, ориентира данных на раскрытие симптомов психопатологии у каждого консультируемого человека.

В соответствии с этой методологией различные психологические феномены имели возможность быть интерпретированными в качестве психопатологических признаков и использовались в конструкции диагноза психического заболевания. Например, если пациент (пациентка) отмечал, что его чувства к родителям были сложными и зависели от определенного периода времени, это признание можно было интерпретировать как признак амбивалентности с психопатологическим значением. (Амбивалентность в советских учебниках психиатрии рассматривалась как симптом шизофрении.) Если пациент отмечал, что он не любит или ненавидит кого-то из своих родственников, не разделяет симпатии в отношении к каким-то людям, или ему не нравятся события, которые ему должны нравиться с официальной точки зрения, все это могло быть использовано как доказательство неадекватных эмоциональных реакций, что, с точки зрения советской психиатрической диагностики, являлось одним из основных признаков шизофрении. Отсутствие интереса к политике партии и правительства часто интерпретировалось как отсутствие интереса и "энергетический дефицит" в психопатологическом смысле. В то же время термин "философическая интоксикация" широко использовался для диагностики психических нарушений в случае, когда человек не соглашался с конкретным и действиями лиц, занимающих руководящие посты, критиковал их, используя философские догмы в соответствии с работами Маркса, Энгельса, Ленина.

Общий отрицательный подход к психологии был наиболее четко выражен в специальном декрете 1930 г., запрещавшем использование психологических тестов, измеряющих коэффициент интеллекта. Все данные, полученные ранее, рассматривались как попытка дискредитации интеллектуальных способностей трудящегося народа и крестьянства. Влияние такого отрицательного отношения к психологии на клиническую и теоретическую психиатрию было достаточно выражено. Обучение психиатров психологии практически отсутствовало. Психиатры не получали информацию о психоанализе, не говоря уже об аналитической или

индивидуальной психологии. Было невозможно получить эти данные из советской литературы, поскольку публиковались лишь критические идеологические замечания по этим вопросам. Возможность читать лишь немногие произведения в оригинале, существующие в нескольких библиотеках, была ограничена также требованием специального разрешения и регистрации. В психиатрический лексикон был введен термин "психологизация" с саркастическим и издевательским значением. Психиатров обучали тому, что они должны исключать из своего лексикона психологические термины и выражения, так как они носят "субъективный", "идеалистический" и "ненаучный" характер. Имидж психиатрии как клинической дисциплины содержал как результат этих подходов два элемента:

1) симптомы и синдромы психопатологии, нозологические единицы, сконструированные на основе констелляции психопатологических признаков, симптомов и синдромов;

2) физиологические механизмы психических расстройств в соответствии с теоретической концепцией "патофизиологии высшей нервной деятельности".

Советская психиатрия оперировала относительно униформным и бедным словарем терминов, выражений и значений, представляя определенный тип алекситимического качества. Ее пытались в этом отношении сделать эквивалентной областям соматической медицины. Учебники психиатрии являются лучшей демонстрацией этой особенности. Сходство соматической медицины и психиатрии постоянно подчеркивалось. Психиатрия определялась исключительно как биомедицинская дисциплина. Психологические, культурные различия и влияние культуры на психопатологию игнорировались. Значение биологических факторов в психиатрических заболеваниях доминировало в ментальности психиатров.

Советская биомедицинская психиатрия в течение длительного периода акцентировала роль генетических факторов в развитии психозов в качестве фундаментального столпа биомедицинской модели, хотя институт медицинской генетики был закрыт в 1937 г. Ориентация на генетику стала невозможной после сессии Академии сельскохозяйственных наук в 1948 г., когда генетика была декларирована как псевдонаука. Таким образом, советская психиатрия, биомедицинская по своей сути, потеряла главный элемент как теоретическая дисциплина, превратившись в схоластическую науку, отстраненную от психологии, социологии, религии, культуры и генетики. Эту политически обусловленную девиацию можно пронаблюдать на примере динамики работ, публикуемых в корсаковском Журнале неврологии и психиатрии в различные периоды истории СССР.

Вместе с тем следует отметить, что клинически ориентированная советская психиатрия постепенно стала избегать использования феноменологических подходов. Несмотря на то, что необходимость исследований и анализа особенностей симптомов и синдромов психопатологических нарушений декларировалась постоянно, в реальности попытка выйти за границы чисто описательного уровня "симптоматологии" критиковалась как выражение "объективного идеализма". Более того, было чрезвычайно непопулярно использовать феноменологический анализ Ясперса в отношении общей психопатологии.

Советская психиатрия сталинского периода была наиболее политически индоктринированной областью медицинской науки. Существовала тенденция скрывать

проблемы в сфере психического здоровья и создавать видимость отсутствия психологических и тем более психиатрических проблем в обществе. Очевидно, имела место субъективная причина такой ситуации, связанная с оценкой Сталина как параноидной личности Бехтеревым, который был отравлен вскоре после такой диагностики (Шерешевский, 1991; Эткинд, 1994).

Психиатрия брежневского периода использовалась в качестве орудия для устранения политических оппонентов ("диссидентов"), людей, которые открыто выражали взгляды, противоречащие официально декларируемым догмам. В это время появилась тенденция к расширению границ понятия психического заболевания. Этот процесс был усилен депсихологизацией психиатрии и ее ориентацией на упрощенный диагностический подход — симптом, синдром, диагноз.

В 1969 г. Снежневский использует термин "вялотекущая шизофрения". В соответствии с диагностическими критериями вялотекущей шизофрении практически каждый вид поведения, который не совпадал с социально одобряемыми паттернами, мог получить психопатологическое значение. Многие формы личностных нарушений, с точки зрения Смулевича, были связаны с эндогенным процессом. Их развитие приводило к возникновению формы, называющейся резидуальной шизофренией. Клиническое описание вялотекущей шизофрении по Смулевичу чрезвычайно элюзивно. Оно включает в себя практически все возможные изменения в психическом состоянии, и частично состояния, которые возникают у человека без психической патологии, такие, как эйфория, гиперактивность, необоснованный оптимизм и раздражительность, взрывчатость, сенситивность, неадекватность и эмоциональный дефицит, истерические реакции с конверсивными и диссоциативными симптомами, инфантильность, обсессивно-фобические состояния, упрямство (Смулевич, 1987).

В ситуации изоляции советской психиатрии от мировой психиатрии в целом официальные лица в СССР старались создать впечатление отсутствия разницы между советской психиатрией и европейской. Так, международная классификация заболеваний МКБ-9 формально использовалась в СССР с 1982 г., но в реальности она была "адаптирована" для применения в СССР.

Этот диагностический справочник содержит некоторые интересные "случайные" ошибки. Например, в главе, посвященной личностным расстройствам, используется термин "психопатическая личность", который в этом руководстве приравнивается к антисоциальному личностному нарушению. Термин "антисоциальная личность" изменен, поскольку в СССР использовать его было запрещено. Более того, даже измененный термин не мог быть использован в диагностике, так как номер кода для диагноза "психопатическая личность" отсутствовал. В главе "Шизофренические психозы" вялотекущая шизофрения была включена в единицу латентной шизофрении и представлена в таких вариантах, как вялотекущая шизофрения с неврозоподобными и психопатоподобными симптомами, простая вялотекущая шизофрения, параноидная, латентная и просто вялотекущая шизофрения без дальнейшего уточнения.

Тенденция к гипердиагностике шизофрении выражалась различными путями. Отражением этой тенденции является концепция ипохондрической шизофрении Ротштейна (1961). Специалисты, пользовавшиеся этой концепцией на практике, практически получили

возможность диагностировать шизофрению в каждом случае, когда жалобы пациента на боли и другие соматические нарушения объективно не подтверждались специалистами в области соматической медицины. В контекст ипохондрической шизофрении включали соматоформные расстройства, расстройства настроения с соматическими жалобами и др.

В советский период анализ и описание алкоголизма даже с жестко биологической точки зрения был ограничен. Это ограничение было связано с официальным запретом проведения любого сравнения между алкоголизмом и наркомания-ми. Существовал постулат, согласно которому наркомания как проблема в СССР отсутствовала. В соответствии с этим рассуждением признаки алкогольной патологии, которые могли быть ассоциированы с механизмами наркомании, исключались. Например, несмотря на то, что формально термин "алкогольная абстиненция", описанный в 1935 г. московским психиатром Жислиным, запрещен не был; тем не менее, в работах, посвященных алкоголизму, особенно в Москве, этот термин использовался редко. Даже само наличие алкогольной абстиненции часто объявлялось ложным: например, Столяров (1967) декларировал, что алкогольная абстиненция является обычной постинтоксикационной астенией. Предложенная нами классификация алкоголизма, основанная на аддиктивном подходе с выделением форм с психологической и физической зависимостью была опубликована за рубежом (Короленко, Диковский, 1972), так как в СССР это встречало серьезные затруднения. В 50-60-е годы в Новосибирске проводились исследования по воспроизведению у животных симптомов и синдромов психических нарушений (Гольденберг, 1957, 1961; Гольденберг, Короленко, 1963; Короленко с соавт., 1966). Экспериментальные психозы были одной из немногих "ниш" в психиатрии, в которой существовала возможность проведения исследований и их анализа. Тем не менее, и здесь следовало проявлять максимальную осторожность в интерпретациях в связи с реальной угрозой обвинения в "идеализации", "антипавловском" направлении, так как, согласно принятой догме, психика считалась прерогативой человека, а психическая жизнь животных, в том числе и высокоорганизованных, сводилась исключительно к условным рефлексам.

В условиях бывшего СССР антигуманные черты психиатрии тщательно скрывались за декларацией "наиболее гуманной советской медицины". Анализ антигуманных черт позволяет выделить некоторые их особенности:

1) скрытый характер антигуманизма;

2) изоляция психиатрии от других специальностей и особенно от психологии и социологии;

3) отсутствие какого-либо социального контроля за деятельностью психиатрических служб;

4) неинформированность общества в области психиатрических проблем;

5) дефицит влияния основных гуманистических ценностей в социальном менталитете как результат отказа от общепринятой системы демократических ценностей в мире:

6) нарушение прав человека, атеистическое воспитание и дискриминация религии;

7) изоляция психиатрии от психиатрии других стран;

8) использование в средствах массовой информации психиатрической терминологии в унижающем и саркастическом смысле для дискриминации политических оппонентов, которые идентифицировались в социальном менталитете с образом врага. Эта процедура объективно вела к росту отрицательного отношения общества к психически больным;

9) диагностика психических заболеваний, особенно "вялотекущей шизофрении", стирающая границы между нормой и патологией;

10) ограничение прав психически больных пациентов, запрещение или ограничение их возможности получить образование, невозможность получить квалифицированную работу, отсутствие юридических прав;

11) эксплуатация труда психически больных пациентов под маской трудотерапии.

СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Основные черты, типичные для советской психиатрии, продолжают оказывать свое влияние в современных условиях. Этот феномен связан с сохранившимся менталитетом, типичным для психиатров в советский период. К сожалению, это характерно для многих психиатров, занимающих административные должности и имеющих официальные позиции, включая больницы, диспансеры и др. Влияние прежних установок можно наблюдать в процессе клинической диагностики пациентов, что отражается в продолжающейся гипердиагностике шизофрении, например, в случаях коротких реактивных психозов, не говоря уже о шизофреноформных психозах и атипичных нарушениях настроения. Гипердиагностика шизофрении приобретает особенно негативный характер в настоящее время в связи с появлением большого количества шизофреноформных психозов, вызванных ростом популярности различных эзотерических сект, практикующих медитацию, сенсорную депривацию, специальные упражнения с ритмическими движениями, напрямую стимулирующими глубинное подсознание, приводя к развитию психозов, имеющих в основном обратимое течение.

Термин "вялотекущая шизофрения" продолжает применяться во многих теоретических исследованиях ряда авторов и сегодня (Горчакова, Воронцова, 1988, 1989).

В современной русской психиатрии во многом в связи с активностью Независимой Психиатрической Ассоциации оживает феноменологический подход, основанный главным образом на классических работах Ясперса. Основной идеей этого подхода является акцент на необходимости специальной клинической подготовки психиатров для выработки у них хороших профессиональных навыков, позволяющих объективно диагностировать психические нарушения и отличать их от нарушений, возникающих у психически здоровых людей. Таким образом, психиатры, имеющие отношение к феноменологическому подходу, стараются избегать гипердиагностики психических заболеваний, типичной для бывшего СССР.

Тенденция выхода за пределы парадигмы биомедицинской концепции в психиатрии представлена в исследованиях кафедры психиатрии Новосибирского медицинского института.

С января 1999 г. в России после длительной задержки происходит переход на

международную классификацию психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). Таким образом создаются благоприятные условия для формирования новых диагностических подходов, более соответствующих современным реалиям.

Тем не менее, следует отметить, что русский вариант МКБ-10 (перевод на русский язык под редакцией Нуллера и Циркина) не идентичен полностью ICD-10.

Так, в диагностической рубрике F6 "Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых" в разделе F60 "Специфические расстройства личности" отсутствует нарциссическое личностное расстройство, выделяемое в ICD-10 под шифром F60.8. Шифр F60.8 в МКБ-10 сохранен, но в него внесены "другие специфические расстройства личности", среди которых нарциссическое личностное расстройство также не значится. Это существенный недостаток, так как нарциссическое личностное расстройство часто встречается в современной популяции, обусловливает межличностные конфликты, семейные кризисы, связано с развитием нарциссических депрессий.

Антисоциальное личностное расстройство (F60.2) в МКБ-10 называется "диссоциальным", что нельзя считать удачным, так как термин "диссоциальный" не эквивалентен "антисоциальному" и подразумевает сохранение эмоционального тепла и лояльности по отношению к близким, членам своей группы при одновременном проявлении антисоциальности к обществу в целом (C. Noyes. Kolb. 1964).

Пограничное личностное расстройство (F60.3) в МКБ-10 обозначается как "эмоционально неустойчивое расстройство личности" с выделением двух его типов: импульсивного и пограничного. Изменение названия связано с особенностями описания, где акцентируется эмоциональная неустойчивость, а нарушения идентичности, являющиеся базисными для пограничного личностного расстройства, выпадают из его характеристики. Термин "эмоционально нестабильная личность" использовался в 1952 г., когда концепция пограничного личностного расстройства еще не была разработана (Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (1952) APA, Mental Hospital Service Washington, D. C.).

Выделяемое в ICD-10 шизотипическое личностное расстройство в МКБ-10 выделено из раздела личностных расстройств и описывается как отдельная форма "шизотипического расстройства" в главе "Шизофрения и бредовые расстройства".

В главе "Шизофрения и бредовые расстройства" (F2) под рубрикой "Другие формы шизофрении" (F20.8) указывается, что из них исключается "латентная шизофрения", которой присвоен шифр F23.2, одинаковый с "острым шизофреноподобным расстройством". Такая "описка" сохраняет потенциальную возможность расширенной диагностики шизофрении.

Положительные перспективы дальнейшего развития российской психиатрии обусловлены, с нашей точки зрения, следующими факторами:

(1) свободный доступ к информации (использование системы Internet и др.);

(2) возможность публикации научных работ в российской и зарубежной печати без политических и других цензурных ограничений:

(3) развитие зарубежных научных "контактов", участие российских психиатров в

международных конференциях, симпозиумах, съездах.

Наиболее существенным препятствием в осуществлении этого развития является постоянно ухудшающееся финансовое обеспечение психиатрии как и других областей науки в современной России.

Глава 2. ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ. СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ

Изучение межличностных отношений с позиций социодинамической психиатрии приводит специалистов к "столкновению" с дисфункциональными отношениями между пациентом и врачом, пациентом и членами его семьи и пациентом и окружающими. Возникающая часто "нестыковка" в межличностных отношениях обусловлена разными системами ценностей и бескомпромиссными приоритетами, делающими взаимное общение затруднительным или невозможным. Изучение причин таких ситуаций требует понимания того, как складывалась система ценностей в более ранние периоды жизни человека. Большое значение имеет анализ установок, изучаемых классическим психоанализом.

С точки зрения психоанализа поведение человека не укладывается в рамки исключительно рационального подхода. Поведением человека далеко не всегда руководит разум, рациональность, логический ум. Рациональность объясняет поведение, помогая человеку подвести логическую основу под каждый свой поступок, однако это вовсе не означает, что такое объяснение является базисным, а не вторичным. Мышление и поведение человека находятся под влиянием постоянного воздействия из подсознания. Самому человеку часто бывает не совсем понятна причина его поступка и только длительный анализ поведения показывает, что за поступком человека скрывается не только чистый рационализм, а нечто другое.

Подсознательные силы, влияющие на мышление и поведение человека, имеют свои глубинные корни, закладывающиеся в момент появления человека на свет, а возможно, и в более ранний период. Эмоции, связанные с ранним периодом жизни и во многом основанные на инстинктах, оказывают влияние на человека в течение всей его жизни. Инстинкт человека имеет всегда какое-то психологическое содержание. Поэтому целесообразно использовать термин *"драйв",* включающий в себя не только инстинкт, но и его психологический компонент. Драйвы могут быть очень разными.

Представляется возможным выделить большое количество драйвов, таких, например, как сексуальный, самосохранения, любознательности, интереса, аутодеструкции, религиозное чувство, драйв удовлетворения аппетита и др. В связи с признанием влияния подсознания на возникновение драйвов, стимулирующих развитие различных мотиваций, не находящихся в сфере сознания, специалисты приходят к выводу о том, что нельзя чрезмерно доверять сознательному опыту, так как всегда есть компонент, выходящий за его пределы.

Например, вопрос о том, почему человек совершил определенное действие, как правило, не вызывает у него никаких затруднений. Но, тем не менее, важно понимать, что определенные детерминанты его поступка находятся за пределами сознательного осмысления.

Анализ психической структуры оперирует выделением сферы сознания, предсознания и подсознания. Сознательный уровень включает в себя переживания, осознаваемые человеком, воспоминания, могущие быть достоверными, а чаще всего не вполне достоверными, действия, осуществляемые с интенцией, удерживаемой в сознании. Сознание функционирует реалистическим образом, используя правила пространства и времени. Человеку присуща тенденция идентифицировать себя со своим сознанием, он "осознает" свое сознание, акцептируя сознание как собственное "Я".

Предсознательный уровень выделяется в связи с тем, что зная о существовании большинства вещей, человек не фокусирует на них свое внимание. Необходимо проделывание определенной внутренней работы для фокусировки сознания на чем-то более важном, чем-то, что окружает человека в данный момент. При необходимости что-либо вспомнить человек смещает фокус восприятия реальности на свои более глубокие психологические структуры. Смещение фокуса, например, происходит в направлении того, что происходило когда-либо давно, от того, что происходило в более ранние периоды времени. Предсознание относится к воспоминанию того материала, который может быть осознан легко, без напряжения, при готовности вспомнить происходящее. Приятное событие, как правило, вспоминается легко на фоне повышенного настроения. Из этого следует заключение, касающееся фундаментального содержания предсознания, которое в своей основе не отличается от содержания сознания. Событие, включенное в предсознание, становится сознанием и наоборот. Такой переход происходит чрезвычайно легко. Мысли человека во время этого процесса могут сопровождаться различными эмоциональными состояниями, образами в воображении и пр.

Подсознательный уровень относится к не осознаваемым человеком психическим процессам, которые воспроизводятся им с большим трудом. Этот процесс нельзя назвать простым и плавным, ибо почти всегда наличествует стремление подавить какие-то мысли, не думать о каких-то событиях, отвлечься от них. Определенная работа по переводу в сознание репрессированного в подсознание материала связана с необходимостью преодоления неприятного ощущения, иногда с возникновением тревоги и депрессии. Репрессированный материал всегда "сопротивляется" своему переходу в сознание. Травматичность перехода обусловлена тем, что содержания, находящиеся в подсознании, отражают неприятные события, происходившие с человеком, унижающие его, связанные с эмоциональной болью. Травматичность событий прошлого бывает связана не только со страхом, но и с отрицательным влиянием на достоинство человека, на снижение его самооценки, с несбывшимися желаниями, которые не были реализованы и которые в настоящий момент отрицаются. Современный психоанализ предлагает относиться к несбывшимся желаниям прошлого более дистантно, не отрицая серьезности их значения. Нереализованные желания вызывают тревогу в том случае, если человек стесняется своего желания, поскольку оно ставит его в унизительное положение. Истинное желание сдерживается сознанием, рассматривающим его как нечто плохое, недостойное. Метафорическое толкование подсознания признает наличие в нем большого количества неприятной информации, определяет его как "мусорный ящик с отходами" сознания.

Необходимо учитывать тот факт, что информация, находящаяся в подсознании, не

претерпевает быстрого развития. "Репрессированный" в подсознание материал остается почти неизменным, переставая соответствовать возрасту. Материал, находящийся в подсознании, менее "цивилизован" и "отшлифован" контактом с реальностью. Время в сознании "течет" быстрее, чем в подсознании. Использование языка метафор позволяет сравнить столетие подсознания с веками сознания.

Мотивация с позиции психоаналитической парадигмы представляет собой то, что побуждает человека стремиться к завершению намеченной цели. Поведение человека в результате действия мотивации детерминируется комбинацией сознательной и подсознательной сфер. При совпадении вектора этих сил психические процессы протекают достаточно гладко, действия носят интегральный, понятный, рациональный характер. При этом создается впечатление о том, что поведение человека детерминируется только одним сознанием.

Возможен и более частый, альтернативный вариант, в процессе которого подсознательные силы интерферируют с сознательными интенциями, находя свое выражение разнообразными способами. В случае интерференции думать, чувствовать и делать что-либо в рамках намеченной цели становится значительно труднее. Возможно появление множества внешне рациональных отвлечении, препятствующих действиям. В такой ситуации человек объясняет причину невыполнения действия появлением препятствий, не осознавая того, что главным препятствием является он сам. Возможно появление иррациональности мышления, характеризующейся наличием аутистических мыслей, которым человек не придает серьезного значения. На самом же деле именно эти иррациональные мысли во многом определяют его настроение, психологическое здоровье, приводя к иррациональным поступкам, о которых человек не хочет задумываться.

Влияние подсознания на телесные функции может сопровождаться появлением физических симптомов, как, например, появление при гистрионических конверсиях параличей, мутизма, глухоты, перчатковой анестезии, различных симптомов, напоминающих физическое заболевание, но возникающих без органической причины. Встречаются и более выраженные нарушения, например, диссоциативные, с различными формами поведения, характеризующегося нарушениями сознания и идентичности. Новая, отличная от нормы идентичность, характеризуется наличием других желаний, других форм поведения. Возможная иррациональность психотического поведения может непосредственно отражать иррациональность подсознания. Нарушения идентичности с появлением множественных личностей сравнительно редки, так как подобные расстройства требуют значительного участия в патологическом процессе глубинного подсознания. Чем глубже задействовано подсознание, тем процесс менее интегрирован. Участие в процессе глубинных слоев подсознания приводит, как правило, к нарушению конгруэнтности, возникновению дезинтеграции, хаотичности и интерференции, приводящим к различным видам психических нарушений.

Влияние подсознания на человека сказывается в обычной повседневной жизни, что характеризуется термином "психопатология повседневной жизни". Влияние подсознания прослеживается на разных вариантах поведения людей. Анализ с этих позиций сделанного и несделанного человеком приводит к интересным результатам. Так, например, анализ действий,

которые человек выполнять не желает, рационально объясняя это своей ленью, приводит к "вскрытию" иных, глубинных причин, позволяющих оправдывать свою бездеятельность. С этих же позиций необходимо рассматривать ошибки человека, склонность к постоянно происходящим с ним неприятностям.

Полученные данные нельзя абсолютизировать, целесообразно изучать причины этих явлений, которые, с одной стороны, носят физиологический и биологический характер, будучи обусловленными, например, плохой памятью, приемом транквилизаторов, наркотиков. С другой стороны, явления при которых человек говорит не то, что хотел бы сказать, слышит не то, что хотел бы услышать, и т. п., связаны и с психологическими причинами.

В повседневной жизни человеку свойственен безопасный способ выражения репрессированных конфликтов с получением удовольствия от разгрузки, происходящей при этом. Юмор является проявлением реакции человека на существующие в его подсознании и значимые для него конфликты, сознательно неприемлемые. Шутки, как и сновидения, обладают "конденсированностью", сжатостью, концентрированностью. Юмор, содержащийся в шутке, обычно достигается многозначностью слова. Это представляет интерес для изучения особенностей людей, не признающих юмор, испытывающих к нему глубокое отвращение. Существуют даже целые общества, отрицательно относящиеся к юмору. Как правило, это общества, характеризующиеся ригидностью, невосприимчивостью к чужим мнениям.

Посредством юмора человек получает возможность видеть рациональным то, что ему кажется иррациональным, видеть не заслуживающим внимания то, что ему кажется сверхважным. Юмор в какой-то мере является носителем "гигиенической" функции, положительно влияя на оздоровление психики, способствуя пониманию того факта, что чрезмерная серьезность может привести к абсурду.

Психодиагностика, основанная на проективных тестах, также приводит к определенной психологической разгрузке, хотя это не разгрузка каждодневной жизни, а разгрузка, являющаяся результатом заданной ситуации. Удовольствие, получаемое обследуемыми при работе, например, с тематическим аперцепционным тестом, связано с возможностью рассказать о себе с сохранением иллюзии того, что полученные результаты не имеют непосредственного отношения к респонденту.

Механизм репрессии, т.е. устранения неприятных мыслей из сознания, часто соотносят с действием гедонистической тенденции, объясняя стремлением человека к поиску удовольствия.

Классический психоанализ структурирует психику с выделением в ней трех сфер: Id, Ego и Superego. Например, генетически предопределенный драйв насыщения пищей, мотивационная функций желания насытиться относится к Id. Приобретение, приготовление еды, планирование будущего процесса насыщения относится к ego. Правила приготовления пищи, культурные особенности пищевых привычек, идеальные и моральные стандарты процессов, связанных с употреблением пищи, относятся к superego.

Id содержит в себе биологические драйвы и является структурой личности, представленной в человеке уже во время рождения. С точки зрения классического психоанализа, Id функционирует с позиции удовольствия по гедонистическому принципу,

базируясь на стремлении человека удовлетворять те ургентности, стремления, которые снижают напряжение, доставляя удовольствие. Id является источником психической энергии, которая в психонализе называется либидо, являясь по своей природе сексуальной. Возможна трансформация этой энергии.

Наряду с либидо существует инстинкт саморазрушения, инстинкт смерти, который иногда называют мортидо. В разное время и в разных ситуациях этот инстинкт также оказывает свое воздействие на человека. С этой точки зрения следует анализировать суицидальное поведение, выступающее в прямом или в косвенном виде. Аутодеструктивный инстинкт может выступать в "чистом" виде, характеризуясь параксизмальностью, специфичной клинической картиной, определенной последовательностью действий, вторичной активацией различных психологических функций, прежде всего мышления и воображения, может вызывать состояние транса. Такие состояния характеризуются кратковременностью, продолжаясь в течение нескольких десятков минут, и критическим отношением к ним после срока окончания их действия, возможен страх перед их повторным возникновением. Пациенты в этих состояниях не чувствуют боли, совершая действия, не характерные для них в "здоровом" периоде. Возможно возникновение дереализации и деперсонализации.

Рассматривая функции, характерные для Id, Ego и Superego, следует отметить, что такая функция, как обучение, в том числе обучение принятию решения, обучение выбору и адаптации, является функцией, наиболее типичной для Ego. Id функционирует в рамках примитивного механизма, названного *"первичным процессом",* характеризующимся представленностью в нем определенных драйвов. В связи с этим первичный процесс носит чисто инстинктивный и несоциализованный характер, так как он не содержит в себе такой функции, как обучение адаптации к реальности, характерной для Ego. Поэтому действиям, производимым в рамках первичного процесса, свойственна "слепота" и абсолютно не присуща адаптивная гибкость, поскольку сами по себе драйвы (инстинктивные импульсы) неадаптивны. Адаптивность драйва носит вторичный характер. Драйв, даже несмотря на его частичную психологизацию, негибок, являя собой силу, с которой очень трудно справляться. Поэтому при диагностике у пациентов состояний, связанных с выраженностью драйвов, следует учитывать, что эти состояния не поддаются коррекции, несмотря на наличие к ним критического отношения со стороны пациентов, появляющегося после действия драйва. Но как только драйв проявляет себя вновь, действия пациентов снова становятся неадаптивными. Это явление характерно для разных драйвов: например, антисоциальное поведение людей с уходом в промискуитет на основе сексуального драйва, или стремление к бродяжничеству, справиться с которым пациенты не в состоянии.

Первичный процесс игнорирует реальность и время в смысле нераспознавания прошлого. Человек, находящийся под влиянием драйва, не использует свой прошлый опыт, даже если он был для него показательно отрицательным. Игнорирование первичным процессом времени касается не только прошлого, но и будущего опыта. Проекции на будущее просто не существует. Происходит ориентировка только на настоящий момент. Процесс требует немедленного удовлетворения желания, не признавая отсрочки его реализации во времени. В связи с этим первичный процесс никогда не планируется.

Анализ этих явлений показывает, что в случае невозможности удовлетворить ургентно проявляющийся драйв, первичный процесс иногда переключается на выполнение желания в воображении, приобретая галлюцинаторный характер. Таким образом, галлюцинации пациентов отражают их первичный процесс, который они не могли реализовать. Иными словами, потребность пациента удовлетворяется галлюцинацией. Оба варианта неадаптивны, не имея достаточной связи с реальностью.

Первичный процесс во многом биологичен, поэтому психологическое его содержание представлено незначительно. С этим связана плохая вербализация пациентами первичного процесса. Так, при расспросе пациентов о том, как выглядели их действия, они при желании дают продуктивный ответ, но уточнение причин, вызвавших их действия, будет безрезультатным, так как психологическое содержание в механизме, спровоцировавшем их активность, мало представлено.

Условия жизни требуют от человека умения адаптироваться к социальной среде. Однако сфера Id, не способная к обучению, адаптироваться не может. Например, когнитивная коррекция стремления человека к самоубийству, вызванная активацией аутодеструктивного драйва, бессмысленна. Пользу же от опыта получает Ego. Таким образом. Ego является личностной структурой, изменяющей контакты личности с реальным миром. Иногда говорят, что Ego действует по принципу реальности. Ego настроено на точное понимание реальности, оценивает ее, адаптируется к противоречиям, существующим в реальном мире и находит выход из этих противоречий. В отличие от Id, Ego может планировать. Оно способно откладывать на будущее удовлетворение потребностей. Эти характеристики Ego носят название *"вторичный процесс"*.

Психическое здоровье человека требует наличия сильного Ego, которое может, с одной стороны, защитить от тревожности и депрессии, а с другой стороны, позволяет человеку существовать в реальном внешнем мире, быть активным и получать от этого удовольствие. Сильное Ego делает человека активным. Слабое Ego не может адекватно защитить человека от тревоги и депрессии. Оно может предъявлять человеку требования вести себя ригидным образом, что профилактирует возникновение негативных факторов. Такое поведение, ограниченное жесткими рамками, снижает качество жизни. "Разрушение" Ego может приводить к психотическому расстройству.

Superego понимается как внутренняя репрезентация правил и ограничений, связанных с влиянием воспитания, полученного в семье и в обществе. Внутреннее представительство ограничений неразрывно связано с генерированием в superego чувства вины, в случае действий, неадекватных семейным и общественным правилам. Прослеживается неразрывная связь явления с собственным имиджем, с имиджем внутренних стандартов, определяющих то, каким бы человек хотел себя видеть.

Развитие Superego, происходящее в раннем возрасте, приводит к столкновению с рядом ограничений и правил. Эти ограничения чаще всего исходят от родителей, говорящих ребенку, что он, например, ведет себя неправильно, не в соответствии с общепринятыми образцами поведения. В связи с этим Superego в психике человека можно рассматривать как инфантильную, незрелую, ригидную форму морали. Существует модель, согласно которой

Superego рассматривается как ультрасознание, как структура, находящаяся "над Ego". В действительности же, как бы парадоксально это не звучало. Superego "архаично" и подсознательно в своей основе. Подсознательная "дислокация" ограничений объясняет силу их воздействия на человека. Одна из ошибок структуризации психоанализа заключается в том, что подсознание включает в себя не только Id, но и Superego. Нахождение superego в подсознании приводит к его малой изменчивости и "закостенелости", что влияет на трудность коррекции. Для трех сфер психической деятельности характерны различные интеракции, результатом которых далеко не всегда является мирное сосуществование. Возникающий между ними конфликт называется интрапсихическим. Суть конфликта заключается в следующем. Человеку свойственно репрессировать в подсознание приемлемые для него импульсы и их мыслительное оформление. Процесс подавления, осуществляемый Ego, требует энергетических затрат психической энергии, определяемых силой импульса, подлежащего репрессии. Импульс может быть подавлен только в том случае, если его сила не превосходит силу репрессии. Чем большее количество энергии "замыкает" на себе интрапсихический конфликт, тем в большей степени человек становится уязвимым для многих ситуаций, пребывая в постоянной борьбе с самим собой. Возникает ситуация, при которой на реализацию активности, которую необходимо осуществить, не хватает энергии. Это состояние сопровождается появлением чувства беспомощности, безнадежности и хаоса, что может привести к развитию невротических состояний.

При появлении у человека тревожности ее следует рассматривать как сигнал того, что Ego может оказаться недостаточно сильным, не быть в состоянии выполнить присущую ему задачу адаптации к реальности и сохранения интегрированной личности, сохранения идентичности.

Выделяют несколько типов тревоги. Невротическая тревога сигнализирует о том, что импульсы, исходящие из Id, могут преодолеть репрессию, прорваться в сознание и найти свое выражение в нем. Например человек, страдающий от невротической тревоги, полагая, что ему не присуща агрессия, тревожится из-за того, что он будет вести себя агрессивно.

Моральная тревога является индикатором страха "задействованное™" Superego. Такая "задействованность" носит неприятный характер в связи с наличием у человека чувства вины, греховности и пр. Например, Superego требует от человека прилежности и работоспособности. Появление моральной тревоги связано с ощущением недостаточной активности в заданном при этом направлении. Этот вид тревоги может иметь неблагоприятное влияние на человека, приводя его к непрерывной погоне за недостижимой целью. Возникает ситуация, характеризующаяся состоянием, при котором появляется ощущение некачественности свершаемых действий. Это может приводить к появлению у носителя такой тревоги навязчивостей.

Реальная тревога информирует человека об опасности, проистекающей из внешнего мира.

Интрапсихический конфликт истощает человека, поэтому Ego использует различные стратегии для разрешения такого конфликта, выступающие в виде защитных механизмов. Защитные механизмы адаптивны, если прямое выражение импульсов, идущих из Id, неприемлемо и опасно для Ego и Superego в какой-то реальной ситуации. Все защитные механизмы начинаются с подавления неприемлемых импульсов, заставляя их оставаться в

подсознании. Репрессия требует большого количества энергии, поэтому наряду с ней Ego использует и другие защитные механизмы, идущие по более легкому, "обманному" пути. Этот путь заключается в том, чтобы "замаскировать" неприемлемые импульсы. Человек, изменяя источник, изначальную цель и объект импульса, может избежать реакции superego в виде угрозы и мести, позволяя импульсу "проскользнуть" через цензуру (запрет). Таким образом, тотальная репрессия импульсов не является необходимой. Процедуры такого рода снижают затраты энергии, требуемой для подавления, которого по объему становится меньше. Существуют разнообразные механизмы защиты. Мы рассмотрим лишь некоторые из них, имеющие наибольшее значение для изучения патологических реакций в психологии и психиатрии.

Одним из часто встречающихся механизмов является отрицание. Отрицание — достаточно примитивный механизм, при котором пациенты не признают неприятный, провоцирующий тревогу аспект реальности. При отрицании человек может не признавать неприятных черт, свойственных ему самому. Так, например, могут отрицаться даже явные события, такие, как возникновение сложной ситуации на работе, связанной с приемом алкоголя. Отрицание включает в себя прямое нарушение реальности, поэтому оно примитивно.

Одним из часто неправильно трактуемых механизмов защиты является механизм формирования реакции, представляющий собой подавление неприемлемого импульса и выступление на первый план преувеличенного импульса противоположной направленности. Например ребенок, ненавидящий свою младшую сестру, репрессирует этот импульс и вместо него чувствует любовь к ней. Защитный механизм в рамке формирования реакции выглядит в этом случае так:

"Я ненавижу сестру — я люблю сестру". Таким образом, признается только одно чувство, а противоположное чувство отрицается, несмотря на то, что оно имеет место.

Механизм проекции иногда базируется на существующей в обществе культурной модели "козлов отпущения", на которых проецируются качества, в которых человека заранее обвиняют в каких-то "грехах". В данном случае такая проекция отражает репрессированные собственные отрицательные импульсы. Проецируя эти импульсы, человек чувствует себя "на высоте". Так выстраивается, например, механизм предубеждения.

Механизм перемещения заключается в изменении объекта драйва. Перемещение менее примитивно, чем отрицание и проекция, так как импульс распознается человеком правильно, как принадлежащий ему, нарушается лишь первичный объект. Например ребенок, на сознательном уровне испытывающий злость к своему отцу, признать ее не способен, так как, с одной стороны, он боится наказания, а с другой стороны, ему присуще чувство вины. Таким образом, агрессивный импульс маскируется и направляется, например, на брата. В рамках формирования реакции "Я хочу сделать нечто плохое отцу" в контексте механизма перемещения заменяется на "Я хочу сделать нечто плохое моему брату". Этот факт следует учитывать при изучении семейных конфликтов, возникающих порой из-за того, что отрицательные чувства, возникающие в семье, вызываются перемещением, а не провоцируются поведением человека, к которому проявляется агрессивное поведение.

В процессе идентификации человек смешивает с собственной идентичностью характерологические черты, присущие кому-то другому. Идентификация, являясь частью нормального развития, может представлять защитный механизм, в процессе которого человек уходит от распознавания собственной неадекватности, адаптирует в себе чью-то другую идентичность для того, чтобы быть "на высоте". Функцией идентификации является например, преодоление чувства бессилия. Таким образом, идентичность человека адаптируется к тому, кто сильнее. Следует учитывать возможность идентификации с агрессором, с террористом и пр.

Подходы к личностной динамике с позиций современного психоанализа

Одной из черт современного психоанализа является смещение акцентов с индивидуума на среду межличностных отношений. Проблемы личности рассматриваются в большей степени сквозь призму интеракций, чем признаваемой прежде значимости конфликтов, генерирующихся и подавляющихся внутри самого человека. Такая модель сдвигает фокус внимания с человека изолированного к *self* человека, представляющему соединение различных эпизодов межличностных отношений, которые стали интернализированными в индивидуальной психике. Интернализированные паттерны интеракций, а не биологические драйвы сами по себе, находят выражение в каждодневном поведении, включая в себя моменты, связанные с патологией. Таким образом должны анализироваться отношения, возникающие в процессе контакта между врачом и пациентом, психологом и клиентом.

Наиболее актуальной в этой связи является проблема трансфера как центральной категории, требующей исследования. Модель трансфера содержит в себе два элемента: идею повторения и идею первенства инстинкта.

Идея повторения заключается в существовании тезиса "тирании прошлого", который развивается в различных направлениях. Эта тирания, во многом превосходящая другие направления, приводит к тому, что события настоящего дня, оценки, контакты и привязанности человека следуют по пути, установленному в процессе первых детских интеракций.

Эмоциональные подходы и отношения к другим людям устанавливаются в первые 6 лет жизни ребенка. Все люди, с которыми человек знакомится после достижения им шестилетнего возраста, оказываются в какой-то степени замещающими фигурами для этих первых объектов, с которыми он встретился до 6 лет. Таким образом, анализ трансференса становится центром внимания и лечения, поскольку в нем выступают ясно и четко невротические желания и чувства, раскрывая при этом детские корни отношений, складывающихся в настоящее время.

Трансференс в классическом психоанализе является формой невроза, а паттерны, его представляющие, являют из себя возобновление и оживление основанных на инстинктах желаний. Конфликт между инстинктами и защитными механизмами, которые срабатывают по отношению к ним, выражается в определенном поведении. Таким образом, каждый поведенческий акт представляет собой сделку между противоположными силами. Трансференс амбивалентен, в силу своей компромиссности между позитивными и негативными, враждебными подходами по отношению к аналитику, который находится на месте родителя (отца или матери) пациента. Трансференс является примером неизбежного повторения

мотивированного драйвами поведения. Поэтому современная модель трансференса как инстинктуального повторения находит отражение в работах Greenson R. (1967), отмечающего, что "Трансференс является повторением, новым изданием старого отношения с объектом. При трансференсе происходит перемещение импульсов. Чувства и защиты, относящиеся к человеку прошлого, перемещены на человека из настоящего". В работах автора подчеркивается, что трансференс — это "нарушение", так как он всегда неадекватен. Трансференс представляет собой регрессию к инфантильным мыслям и чувствам, которая неизбежно неадекватна, так как в результате ее человек получает инъекцию прошлого и оно оказывается в области настоящего, ему непринадлежащей. Таким образом, переживания трансференса могут рассматриваться как разрушение функционирования ego, так как в ситуации трансференса реакция ego на реальность неадекватна. Пациент не может правильно оценивать настоящее, допуская серьезные ошибки с возможными драматическими последствиями.

Классический психоанализ определяет позицию аналитика в процессе трансференса как нейтральную. Авторы, придерживающиеся этой точки зрения и осознающие неполную ее адекватность, таким образом уходят от реальности, стараясь не дискредитировать нейтральность аналитика, а, наоборот, высказывая точку зрения о недостаточности прежней нейтральности. С их точки зрения, нейтральность аналитика должна быть наступательной и активной. Аналитик не должен появляться вместе с пациентом, он не должен выступать в mass media как публичная фигура, ибо появление аналитика, например, на экране телевизора приведет к нарушению терапевтических отношений. Такая точка зрения призвана защитить позицию нейтральности аналитика.

Каждая попытка идти по другому пути рассматривается как попытка манипулирования трансференсом, в основе которой лежит стремление понравиться пациенту и гратифицировать его. Это может выражаться в совете, даваемом пациенту, в проявлении симпатии к нему, что, с одной стороны, разрушает объективность анализа, а, с другой — естественное течение трансференса. Такая точка зрения на Трансференс соответствует модели, которая рассматривает психические нарушения как исходящие из подсознательных драйвов, инстинктуальных сил, стремящихся выйти на уровень сознания. С точки зрения аналитиков этим силам не надо мешать. В рамках такой формулы длительное лечение требует того, чтобы репрессированные желания, импульсы и фантазии постепенно становились сознательными. Процесс этот должен протекать в нейтральной среде и не должен нарушаться. Сторонники этого направления критиковали основоположника психосоматической медицины Ф. Александера. Критиковалась его позиция, заключающаяся в том, что трансференс надо рассматривать как "коррекционное эмоциональное переживание, при котором пациент подвергается изменению, обучаясь чему-то. Обучение сопровождается пониманием со стороны аналитика. Пациент получает от аналитика то, чего ему не хватало в период его раннего развития. Таким образом процесс имеет терапевтическое значение, способствуя развитию личности пациента".

Fairbairn R. D. (1943), представитель британской школы объектных отношений, порывает с биологизмом Фрейда.

С его точки зрения либидинозные цели имеют второстепенное значение по сравнению с

объектными отношениями. Автор считает, что отношения с объектом, а не гратификация импульса является конечной целью либидинозного стремления. В классическом психоанализе Фрейда теория биологического драйва с его первичной мотивацией — это освобождение накопившегося напряжения, а объект импульса имеет меньшее значение. Для Fairbaim R. D. именно объект и сам процесс отношения с этим объектом представляют собой первичную мотивацию. Иными словами, не существует перехода от нарциссического к "объектному" либидо. Человек ищет объект, с самого начала будучи ориентированным на отношения с ним. Понимание личности, с этой точки зрения, означает понимание процессов, при которых отношения с внешним объектом становятся внутренней структурой личности. Понимание человека означает понимание мира объектных отношении.

Особенность теории заключается в обращении внимания автора на то, что процесс интернализации, создающий личность, во многом является защитой. Это связано с тем, что объекты наших переживаний, нашего опыта могут быть болезненными, но человек должен их интернализировать, для того, чтобы их контролировать. Это желание обречено на неудачу, поэтому человек, используя механизм проекции, проецирует часть этих явлений на внешний мир.

Важно понимать что то, что воссоздается при трансференсе в процессе проективной идентификации, не является плохим или хорошим объектом, например, родителями пациента. Более важной является проекция отношений с этим объектом на новом этапе. Механизмы проекции могут проявляться с разной степенью выраженности. Целью этих отношений является не разгрузка и агрессия, как полагал 3. Фрейд, а воссоздание объектных отношений прошлого. Таким образом, чувство вины, тревоги, плохое мнение о себе соотносится с интерпретацией неприятных ситуаций, имевших место в прошлом. Пациент чувствует себя плохим, виновным или тревожным не потому, что у возникают неприемлемые импульсы, а потому, что он интернализировал провоцирующие вину и тревогу плохие чувства. Таким образом, проблема не может быть объяснена просто репрессией, в ней участвуют неудачно, плохо сконструированные отношения. Поэтому только их перевод в сферу сознания недостаточен для излечения. Плохо сконструированные отношения должны быть заменены другой системой отношений. Работа аналитика заключается в постоянной необходимости разбираться и изучать конкретные сценарии пациента.

Классический психоанализ считает потребности ребенка нереалистической константой, которая не может быть удовлетворена ни при каких обстоятельствах. Kohut H. (1984) считал, что потребность ребенка вначале удовлетворяется определенным образом, а затем происходит ее постепенное фрустрирование, названное им "трансмутирующей интернализацией", в процессе которой селф-объектные отношения интернализируются в качестве внутренних селф-структур. Фрейд постоянно подчеркивает в возникновении этой ситуации роль драйва (инстинкта), проявляющуюся в жесткой формуле, выраженной в стремлении ребенка избавиться от соперника (комплекс Эдипа) и полностью обладать другим родителем. Эта инстинктуальная "драйвовая" формула ребенка всегда нереалистична. Убийства родителей по этим механизмам представлены как патологический вариант лишь в художественной литературе и кинофильмах.

Анализируя детское развитие, Kohut H. делает акцент на нарциссизме и постепенном его преодолении, отмечая, что это явление не носит нереалистического характера, в силу того, что в зеркальном отражении явлений (эмпатии, идеализации) нет ничего нереалистического. Kohut H. не видит противоречия между индивидуальностью и взаимной принадлежностью человека кому-то путем установленных селф-объектных отношений. Принадлежность к матрице селф-объектных отношений является необходимым условием спаянности селф, что является предусловием индивидуальности. Рассмотрение селф-объектной матрицы как паттерна, например, эмпатических селф-объектных отношений показывает наличие принадлежности и связи одного объекта отношений с другим, при которых один человек, эмпатизируя чувства другого, проявляет по отношению к нему симпатию или антипатию. При реципрокном (обратном) характере связи с другим человеком проявляются аналогичные чувства, но сохраняется индивидуальность и автономия каждого. Это не означает, что в случае установления нормальных взаимоотношений происходит исчезновение границ Ego. Имеется в виду то, что индивидуальность предполагает наличие селф-объектных эмпатических контактов, вызванных необходимостью общения с себе подобными и определенной дозы социализации, без которой невозможно полноценное развитие человека.

У ученых, занимающихся изучением этого вопроса, возникла концепция межличностной взаимосвязи, существующей в рамках большой матрицы. Человек, совершая поступки, не понимает, что своими действиями он оказывает влияние на окружающих, которые в свою очередь также влияют на него. Казалось бы, можно говорить о возникновении ряда случайностей, хотя на самом деле речь идет о предопределенности поведения большой группы людей в целом, являющейся следствием существующей заданности, возникающей как результат таких взаимовлияний. В патологии это выражается наличием бредовых концепций. Таким образом, человек существует как часть системы селф-объектных отношений, связанных друг с другом.

Фрейд считал, что психопатология рождается из взаимодействия интрапсихических факторов и анализа ситуаций, возникающих между Ego и Superego.

R. Fairbairn и H. Kohut полагают, что психопатология возникает как следствие болезненных межличностных отношений и лишь на втором по значимости месте стоят конфликтующие интрапсихические структуры. Все формы психопатологии являются следствием нарушенных в детстве селф-объектных отношений.

С точки зрения R. Fairbairn, психопатология является результатом внедрения в психику негативных селф-объектных интеракций, несмотря на мнение человека о наличии у него способности, позволяющей препятствовать этому внедрению. Негативные селф-объектные интеракции, присутствуя в психике человека, постоянно подрывают индивидуальность, приводя к состоянию психологической неудовлетворенности, к нарушениям эмоций, мышления и т.д.

H. Kohut имеет противоположную точку зрения, свидетельствующую о том, что, поскольку эти селф-объектные интеракции имеют неприятный по содержанию характер, они не могут быть интернализированы в психике, лишая человека возможности развиться. Если интернализации не происходит, ребенок оказывается не в состоянии развить необходимую для

него свою собственную структуру, его психика остается фиксированной на архаических селф-объектных связях. Развивая идею H.Kohut, можно сказать, что личность в течение своей жизни зависима от определенных архаических связей и от определенных объектов. Эта зависимость проявляется в психическом голоде, выражающемся в поиске архаических связей и являющемся предрасположением к развитию психопатологии. Интенсивность поиска и зависимость от разыскиваемых человеком объектов объясняется возникновением стремления к восполнению недостающих сегментов его психической структуры. Клинически это проявляется в аутизме. выраженности мифологических представлений, "архетипичном" типе мышления, оторванности от реальности, неправильной оценке ситуации, в которую вкладывается большая доза мифологического содержания. Рассматривая происходящее с позиции представлений К. Г. Юнга, следует отметить представленность в процессе ряда архетипов, например, анимы. анимуса и тени.

R. Fairbairn считает, что неприятные селф-объектные связи, войдя в сознание, начинают его дестабилизировать. С точки зрения H. Kohut, сознание не может включить эти связи, поэтому личность не развивается в достаточной степени, оказываясь под воздействием различных влияний. В связи с этим R. Fairbairn вводит даже специальный термин "внутренний саботаж", под которым подразумевает внедрившиеся в сознание селф-объектные отношения, воспринимающиеся человеком как, например, внезапно появившаяся критическая оценка своего действия или мысли. Этот "внутренний голос" не позволяет человеку находиться в гармонии с самим собой, постоянно нашептывая ему плохое о мире и не давая внутренне успокоиться. В результате развивается чувство вины, снижается оценка, появляются тревога и ярость.

Возникновению патологии способствует недостаточная сила Ego, неспособная оказать достаточное влияние на отношение Ego к интернализированным объектам. Этим объясняется постоянное овладение человека этими объектными отношениями. Достаточно сильное Ego может взаимодействовать с интернализированными объектами, препятствуя овладению.

H. Kohut, в отличие от R. Fairbaim, изображает селф, в котором отсутствует чувство спаянности, структуры, чувство основного направления и телеологическая перспектива (А. Адлер).

Пациент, работающий в парадигме R. Fairbaim, испытывает "необходимость освободиться от пакости, которую он интернализирует". Согласно парадигме H. Kohut, пациент нуждается в большей интернализации, в большем взаимодействии, с целью развития лучшей психической структуры. С этой точки зрения трансфер, являясь частью объектных отношений, представляет как сердцевину личности, так и сердцевину психопатологии.

H. Kohut считает, что система отношений человека является фокусом коррекции и лечения, так как психопатология возникает как результат недостаточной эмпатии детства, которую блокировали в прошлом и продолжают блокировать в настоящем. Если переживания, связанные с эмпатией, получают развитие в процессе дальнейшей жизни, при наличии умения человека или помощи в этом со стороны, то процесс саморазвития может быть восстановлен и терапия по Kohut предлагает определенный новый шанс для этого развития. Это приводит к пересмотру целей психоаналитической терапии, на первый план которой выступает

необходимость создания для пациентов эмпатических селф-объектных отношений. То есть для развития у пациента чувства "Я" необходима радикальная трансформация природы лечения.

Авторы, использующие психоанализ, утверждают, что психоанализ излечивает потому, что аналитик снабжает пациента необходимыми для него паттернами селф-объектных отношений, цели для образования и роста новых психических структур. Таким образом, сущность происходящих во время лечения изменений заключается не в интерпретациях, и не в возникновении инсайта, а в изучении отношений, в раскрытии путей к эмпатии между селф человека и его селф-объектными отношениями, необходим анализ пациентом этих отношений. В связи с этим возникает необходимость рассмотреть проблему трансференса с точки зрения нейтральности.

M. Gill (1979) подчеркивает, что трансфер — это всегда взаимодействие. Утверждение, что поведение аналитика ничего не дает и не добавляет к ответам пациента, является психоаналитическим мифом. Психоанализ является попыткой взаимного сотрудничества и включает интерпретации, возникающие в процессе трансфера. Характер, содержание, внутренний смысл интерпретаций влияют на сам трансфер. M. Gill полагает, что в реальности сепарация аналитика и анализируемого невозможна. А если таковая и происходит, то это приводит к молчаливому уходу пациента в себя. M. Gill стремится дать другое определение многим явлениям, наблюдающимся при психоанализе, стремясь вывести психоанализ за его привычные рамки. В результате психоанализ перестает быть герменевтическим, замкнутым в себе направлением. Фокус внимания в процессе психоанализа направлен на сегодняшний день пациента в значительно большей степени, чем на изучение влияния давно прошедших событий, на то, что делает пациент сегодня. Следовательно, к пациенту в процессе психоанализа можно относиться по-разному: можно искать отзвук настоящего в прошлом или обращать внимание на настоящее, "стоя на руинах прошлого".

R. Stolorow, G. Atwood (1984), работающие в этом же направлении, говорят о том, что целью психоанализа является не раскрытие инстинктуальных корней поведения в детстве, а освещение структуры, значения происхождения и терапевтических превращений личного субъективного мира во всем его богатстве и сложности. С их точки зрения, психоанализ может быть концептуализирован как межсубъективный, межличностный процесс, включающий диалог между двумя личностными вселенными. Целью психоанализа становится "схватывание" того, кто управляет этим личностным миром и демонстрация пациенту и психоаналитику, как личная жизнь пациента, его идеи, способы поведения, желания и страхи выражают эту личностную вселенную.

Авторы подчеркивают, что отсутствие эмпатического резонанса — прямой путь к психопатологии, возникающей тем раньше, чем раньше и чем тяжелее представлено нарушение эмпатии. Чем больше повреждений эмпатии, тем более вероятно развитие психопатологии и тем труднее реституция (восстановление). Создание эмпатических отношений напрямую служит стимуляцией процессов развития, разрушенных в течение первых лет жизни. Таким образом, эмпатия становится первой, главной психоаналитической техникой. Под эмпатией понимается процесс понимания субъективного мира другого человека "изнутри". Психоаналитический эффект достигается не за счет того, что пациенту дают возможность

интеллектуально разобраться в своих подавленных драйвах. Понимание никогда не являлось только интеллектуальным процессом; включая в себя архаическую связь с аналитиком как с селф-объектом, оно находится в основе этой связи, мобилизуя то, что было заблокировано у пациента. Возможность врача "схватить" личный субъективный мир пациента оказывается наиболее мощным средством терапии, известным в современной психиатрии и психологии.

R. Stolorow, F. Lachmann (1985) считают, что трансфер является формой повторения. Остается ответить на вопрос:

"Что же повторяется?". Повторяются не основные биологические удовлетворения или амбивалентные чувства, а определенные паттерны — связки организующего переживания. На трансфер оказывает прямое влияние постоянное присутствие этих организующих принципов. Трансфер дает терапевту возможность инсайта детского периода жизни пациента в отношении понимания организующих тем, управляющих субъективным миром пациента. Очень важно исследование различных отрывков происходящего в детстве без немедленной интерпретации их согласно теоретической схеме. Разные события позволяют понять, на чем пациент фиксируется, что он понимает и что чувствует. Структуры, организованные в прошлом, продолжают быть функционально эффективными и в настоящем. Эти организованные структуры селф-объектных отношений находятся в состоянии готовности, оставаясь легко достигаемыми, и могут периодически активизироваться и мобилизоваться. Таким образом, анализ трансфера — это не только анализ психологических защит в отношении инстинктивных импульсов, а фиксация анализа на путях и способах организации переживаний субъективного мира пациентов.

Трансфер содержит в себе опасности, выходящие за пределы аналитических рамок. Часто в содержании трансфера специалист может видеть какое-то нарушение, несоответствие, считая, что это неверно, что это — только ролевое поведение пациента и т.д. При этом возникает ситуация, характеризующаяся тем, что суждения о том, что "правильно", а что нет принадлежат специалисту. Целесообразно помнить о том, что любой психотерапевт не является полностью незаинтересованной стороной. Так как он тоже участник процесса. Поэтому, если чувства пациента противоречат чувству аналитика, его восприятию, самоосознанию, не соответствуют ожиданиям аналитика, чтобы себя психологически хорошо чувствовать, у аналитика развивается концепция отрицательной оценки.

Невозможность полной изоляции затрагивает сферу оценки состояния и диагностики пациента не только в психиатрии. Так, отношение пациента к обследованию, например, к измерению артериального давления и проведению ряда других инструментальных обследований, влияет на их результаты. R. Stolorow, G. Atwood, в отличие от H.Kohut, подчеркивающего значимость межличностных отношений, отдают приоритет личному субъективному миру пациента. При этом создается впечатление, что авторы уходят за рамки селф-объектных отношений, фиксируясь на первичности субъективных переживаний. H. Kohut говорит об эмпатии в терминах межличностных отношений, подразумевая обязательность наличия связки. R. Stolorow, G. Atwood предлагают "интравертированный" вариант селф-объектных отношении, помогающих пациенту разобраться в себе самом, а И. Kohut — "экстравертированный" вариант. В любом из предложенных вариантов эмпатия заменяет

нейтральность. Межличностные взаимодействия заменяют психоаналитический имидж аналитика как белый экран для проекции пациента. Трансфер не относится непосредственно к регрессии, перемещению, проекции, представляя собой скорее выражение универсального психологического стремления организовать опыт пациента и придать ему новое значение.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ АДЛЕРА

Современная трактовка учения А. Адлера (1927, 1964, 1978, 1982) включает в себя следующие положения.

1. Концепция, предложенная А. Адлером, называется индивидуальной в связи с тем, что внимание фиксируется на уникальности каждого человека.

2. Человека как личность можно понять, только оценив его с точки зрения социальной, а не биологической перспективы.

3. Эффективная коррекция нарушений невозможна без понимания индивидуальных целей, специфичных для каждого человека.

4. Каждому человеку свойственна внутренняя врожденная тенденция к социальному интересу и к холистическому, целостному подходу.

5. Акцент в изучении человека должен делаться на психологическом росте и на свободной воле.

Положения теории А. Адлера представляют особую важность, так как они вступают в противоречие с детерминистическим подходом, свойственным классическому психоанализу.

Согласно А. Адлеру, люди отличаются друг от друга своими целями и тем, как они стараются достичь их. Иными словами, люди отличаются "стилем жизни".

Адаптация (психологическое здоровье) включает в себя социальные взаимодействия, тем не менее, каждый ответственен за свое здоровье, которое немыслимо без социального интереса. При отсутствии социального интереса возникает подверженность человека нарушениям приспособления.

Большое влияние придается детскому развитию. Родители оказывают существенное влияние на детей. Улучшению родительского воспитания способствует обучение, проводимое в рамках социального тренинга. Особое значение имеет обстановка и воспитание в школах.

Общество влияет на людей, создавая социальные роли, включающие в себя и сексуальные роли.

Органная инфериорность в виде нарушения биологической функции влияет на человека, направляя развитие его личности, поскольку каждый индивидуум старается компенсировать эту инфериорность.

Комплекс неполноценности

Основная человеческая мотивация рассматривается как стремление человека к движению от ситуации минусового эмоционального состояния к плюсовому состоянию, от чувства неполноценности, инфериорности к чувству совершенства и супериорности. Это движение запускается отрицательными эмоциями.

В детстве ребенок чувствует себя беспомощным от того, что его выживание зависит от других людей. Эти детские инфериорности могут интенсифицироваться в дальнейшей жизни в случае наличия врожденных дефектов. Нормальное чувство слабости, свойственное каждому человеку, интенсифицируется врожденной неполноценностью. Психологическая задержка развития также может быть источником инфериорности, проходя под девизом: "Я всегда останусь ребенком". Инфериорность ребенка может усиливаться при сравнении себя с другими детьми, при невозможности отвечать требованиям современного мира, при затруднениях в социализации. Наличие маловыраженной недостаточности (слабый орган) может стать основой для дезадаптации к развитию различных защитных форм поведения, которые могут быть неадекватными. Например, человек выбирает стиль поведения, при котором он эксплуатирует свои физические недостатки, рассматривая их как извиняющее обстоятельство, препятствующее выполнению жизненных целей. Здоровое приспособление характеризуется стремлением ребенка преодолеть недостаток, попыткой компенсировать его. Возможна и гиперкомпенсация недостатка, во время которой человек может добиться очень многого. Однако не каждый человек, обладающий недостатком, способен успешно его компенсировать. Здесь важно то, что он пытается это сделать, что способствует направлению его мотивации. Если компенсация рушится, развивается чувство непреодолимости, инфериорности, развивается комплекс неполноценности.

Стремление к получению чувственного плюса может принимать агрессивные формы, выражаясь в поведении, включающем в себя жестокость, стремление к борьбе, а иногда приобретает и социально приемлемые формы (спорт). Агрессивный драйв может переживаться как злость или ярость.

А. Адлер описывает маскулинный протест, заключающийся в том, что агрессивность и повышенная активность рассматриваются как маскулинные черты, а подчиненность и субмиссивность как женские черты. Женщины могут быть мотивированы маскулинным протестом в своей борьбе за уничтожение возникающей дискриминации, что приводит их к ориентированности на успех, карьеру, позднее осуществление матримониальных перспектив, наличие одного ребенка и пр.

А. Адлер считает, что человеку свойственно стремление к супериорности. Это не значит, что он стремится к самосовершенствованию. Желание добиться лучших результатов не является показателем стремления к личностному развитию. Стремление к совершенству — попытка прежде всего улучшить в реальных пределах себя и свою позицию. Это стремление часто носит неразумный, невротический характер, приводя к усилению внутреннего чувства неполноценности. Некоторые лица с различными нарушениями, подавляя свое чувство неполноценности, гиперкомпенсируют его, убеждая себя в том, что они лучше и сильнее других. Эта уверенность, выраженная в поведении, маскирует подсознательное чувство

инфериорности. Поэтому такая тактика считается нездоровой. Такие люди часто ведут себя развязно, нагло, могут иметь нарциссические черты, преувеличивая свои достижения и демонстрируя свою необычность, манипулируя другими.

Фикциональный финализм

Личность человека по своей природе является творческой. Внешние факторы "предлагают" человеку сделать жизненный выбор, но отнюдь не полностью детерминируют будущее. Так как личность креативна, каждый является творцом самого себя. Человеку свойственно стремление к идеальной ситуации, индивидуальной для каждого. Такую ситуацию можно назвать имиджем отсутствующего сейчас того, что хотелось бы достичь. Эта воображаемая цель и желаемое будущее называется А. Адлером фикциональным финализмом индивидуума. Фикциональный финализм определяет направление индивидуальных стремлений. Не следует думать, что у человека существует определенная четкая идея того, что он хочет достичь. Цель, находясь "в тумане", частично осознается человеком, а частично нет. Неизвестная часть цели находится в подсознании. В течение жизни финализм модифицируется. Общая направленность стремления остается, меняется лишь специфическое понимание. И если здоровый человек модифицирует цель, то человек с нарушениями, имея ригидный финализм, ведет себя дезадаптивно. Поскольку фундаментальная мотивация заключается в движении по направлению к финализму, человека нельзя понять, не зная его уникальной цели. Финализм способствует созданию уникального стиля жизни.

А. Адлер "отбрасывал" идею конфликта между сознанием и подсознанием, называя ее "искусственным разделением, имеющим происхождение в психоаналитическом фанатизме". Автор убежден, что сознание и подсознание работают вместе чаще, чем конфликтуют между собой.

Стиль жизни, приобретаемый человеком, включает в себя помимо цели, к которой человек стремится, концепцию собственного "Я" и мира.

Значение самых ранних воспоминаний

Большое значение придается А. Адлером первым воспоминаниям. Стиль жизни устанавливается в возрасте от 4 до 5 лет. Ключом к идентификации стиля жизни каждого человека являются первые воспоминания, обычно с 3,5 лет. Первые воспоминания "продуцируются" человеком в связи с тем, что о некоторых из них он думает, его мысли часто самопроизвольно к ним возвращаются, особенно в периоды релаксации перед сном, перед отдыхом. Совершенно неожиданно вспоминается то, что когда-то было для человека субъективно важно. Так включается ранняя память. Воспоминания могут быть неточными, ошибочными, но они помогают разобраться в личности.

Mullen M. (1994) обратила внимание на то, что первый ребенок и девочки характеризуются более ранними первыми воспоминаниями. Проводя сравнительное исследование ранних воспоминаний у населения разных этнических групп, автор обратил внимание на то, что в евро-

американских группах ранние воспоминания регистрировались в среднем раньше, чем в азиатских группах. Это различие объяснялось большей акцентуацией на индивидуальности в западных культурах по сравнению с культурами Азии.

А. Адлер относился с подозрением к сообщениям пациентов о воспоминаниях, связанных с моментом их рождения, считая, однако, что даже фантазии на эти темы имеют психологическое значение. А. Адлер считал, что воспоминания на эту тему представляют историю жизни человека. Повторяющееся многократно воспоминание предупреждает о чем-то, создавая психологический комфорт, помогая правильно отнестись к событиям настоящего и оценить будущее.

H. L. Ansbacher, R. R. Ansbacher (1956) считают, что эти воспоминания приводят к тому, что человек встречает будущее с уже сформированным, апробированным стилем действий. Воспоминания, таким образом, являются ключом к стилю жизни человека. Например, воспоминания о несчастном случае суггестируют стиль жизни, основывающийся на постоянном избегании опасности, фиксируя поведение избегания. Воспоминания о матери могут суггестировать заботу, или ее отсутствие. Так, например, пациенты, страдающие факцисиозными расстройствами, вспоминают комфорт, связанный с болезнью в детстве.

Многие психодинамически ориентированные специалисты на основании собственного опыта приходят к заключению о наличии у пациентов желания рассказывать о своих воспоминаниях. Интервьюируемые даже не догадываются о степени своего "раскрытия" в связи с тем, что ими не используется при этом присущая им психологическая защита.

A. R. Bruhn (1992), предложивший метод интерпретации ранних воспоминаний, отмечал, что в этом методе присутствует главная структура памяти, что позволяет выделить значение общих форм воспоминаний для текущей жизни. Например, воспоминания автора о том, как он убежал из спортивного зала после падения со снаряда, оказались сопряженными с его поведением избегания при встрече с трудностями в достижении цели.

Психиатрические пациенты, совершавшие преступления, сообщали о ранних воспоминаниях, касающихся насилия, что отличается от воспоминаний пациентов, страдающих другими нарушениями. Например, правонарушения, совершенные людьми групп риска, то есть людьми, вспоминающими о ранних психологических насилиях, регистрировались в 14 раз чаще, чем в других группах. Таким образом, ранние воспоминания являются важными личностными характеристиками.

В настоящее время для психодиагностики используется тест K. Altaian, W. Rule (1980), получивший название "Опросник ранних воспоминаний". D. Elliott с соавторами (1987) подчеркивал связь ранних воспоминаний с профессиональным интересом и выбором. S. Davidov с соавторами (1990) и A. R. Bruhn (1992) отмечали связь ранних воспоминаний с делинквентным поведением.

D. Amow, R. Harrison (1991) установили, что пациентам с пограничными состояниями свойственны отрицательные ранние воспоминания, а пациенты с другими нарушениями, например, с гистрионическими, сообщают о более счастливых воспоминаниях.

Стиль жизни

В индивидуальной психологии большое значение придается поведению родителей, которые могут помочь или задержать развитие здорового стиля жизни. Родители беспомощного ребенка, испытывающего чувственный минус, могут предупредить развитие у него непсихотических нарушений, защищая ребенка от выполнения слишком трудных задач, показывая ему при этом, что он может выполнить сначала менее трудные, а потом и более трудные задачи. Родители совершают ошибку, стараясь вызвать у детей чувство превосходства по отношению к другим, воспитывая их с ориентировкой на лидерство, предъявляя непомерные требования, относясь магически к их поражениям и неудачам. Важным в воспитании ребенка является воспитание у него социального интереса и кооперативного социабельного подхода, отличающего здоровый стиль от нездорового. На формирование этих процессов оказывает особое влияние мать, проводящая большее количество времени рядом с ребенком. На это указывают F. Rothbaum, I. R. Weisz (1994). Эти же авторы связывают агрессивное поведение детей с неправильным воспитанием, подчеркивая значение внедрения в жизнь программ специального тренинга родителей. D. Dinkmeyer, McKay (1976) разработали "тренинг эффективного родительства", основная цель которого — научить родителей понимать причины нарушения поведения у детей с целью эффективного влияния на них.

R. Dreikurs, C. Soltz (1950) идентифицировали четыре цели детского поведения:

1) привлечение внимания к себе;

2) борьба за власть;

3) стремление отомстить, отыграться;

4) проявление неадекватности и эксплуатация своего недостатка (попытка обыграть в положительном плане свою неспособность выполнить определенное действие).

Социальный интерес

Чем более выражен социальный интерес, тем в большей степени усилия человека направлены на решение социальных задач, выполнение полезных дел. В этом заключается отличие социального интереса от эгоцентричных целей. Чем более выражен социальный интерес, тем человек более психологически здоров. Если человек в своих действиях руководствуется только эгоцентрическим подходом, он оказывается несчастным, как бы он себя ни убеждал в обратном.

Концепция социального интереса помогает корректировать сверхакцентуацию индивидуализма в западных культурах. Социальный интерес — это не просто стремление к какой-то особой эмоции, это внутренний потенциал человека, направленный на реализацию возможности жить вместе с другими людьми. Он помогает личности оценивать общее дело выше собственного благополучия. Хотя социальный интерес — это врожденный потенциал, его нужно воспитывать. В детском возрасте именно мать служит первым мостиком к социальной жизни, поскольку ребенок ей доверяет и любит ее. Усиление кооперативной интеракции с другими должно быть элементом воспитания, естественно, не доводимым до абсурда.

Социальный интерес можно сравнить с социальной эмпатией, определяемой как забота о переживаниях другого человека, помогающая человеку участвовать эмоционально как в радостях, так и в страданиях других. Необходимо обучить человека на когнитивном уровне вживаться в жизнь другого человека, оценивать ее перспективы и понимать, как кто-то другой переживает данную ситуацию.

В этом плане интересно, что согласно C. Zahn-Waxler, M. Radke-Yarrow (1990) эмпатия обнаруживается у детей уже в двухлетнем возрасте.

Современные исследования подтверждают мнение А. Адлера о необходимости "подпитки" социального интереса, который может быть подавлен в зародыше при неблагоприятных ситуациях у родителей, которые могут осуществлять насилие над ребенком в социальном плане, могут быть агрессивными, депрессивными, могут отсутствовать, нарушая тем самым моральное развитие ребенка.

Сторонники этого направления считают, что многие не-психотические нарушения имеют свои корни в неадекватном социальном интересе. С точки зрения психиатрии отсутствие социального интереса обнаруживается у больных шизофренией, проявляющих иную эмпатию, у людей, совершивших преступления и покушавшихся на самоубийства.

R. Baumeister (1990) отмечал, что самоубийство включает в себя потерю ответственности и страха, заключающегося в том, что другие отнесутся к этому отрицательно. Человеку, неспособному понять, в какой мере его родители или близкие будут страдать по поводу совершенного им поступка, легче совершить самоубийство.

C. Joubert (1989) обнаружил, что у женщин социальный интерес выражен в большей степени, чем у мужчин. Отсутствие интереса ведет большие группы людей по направлению к пропасти самоуничтожения. В обществе, подавляющем социальный интерес физическими наказаниями, насилием, неспособностью обеспечить достаточно широким слоям населения стабильное и достойное существование, возникает опасность самоуничтожения.

Здоровые социальные учреждения, включая религиозные, исповедуя принцип любви к ближнему, могут усиливать социальный интерес.

Существует шкала социального интереса (A. E. Crandall, 1991) и индекс социального интереса, разработанный K. Griever, H. S. Tseng (1973). Согласно этому индексу те из опрошенных, кто получает большое количество очков по социальному интересу, получают мало очков по нарциссизму, у этих людей мало развито отчуждение, они имеют низкие показатели по шкалам MMPI, отражающим дезадаптацию (M. Y. Miller с соавт., 1987).

C. E. Watkins, M. Hector (1990) отметили корреляцию социального интереса с социально полезным поведением. Внимание авторов обращается на сочетание высокого социального интереса с высоким уровнем удовлетворенности жизнью и работой. D. Elliott отмечал свойственную таким людям более высокую продолжительность жизни и меньшую заболеваемость.

Жизненные задачи

А. Адлер выделял три основные жизненные задачи (цели), стоящие перед человеком. К первой из них относится зарабатывание денег и получение удовольствия от выполнения социально полезной работы. Такая занятость, способствующая благополучию, и полезность воспитывается в нормальных условиях детства и отражается в высказываемых детьми желаниях о том, кем они хотят быть. Переживания ребенка изменяются по мере столкновения с реальностью.

Криминальный стиль жизни может исключать из списка целей, стоящих перед человеком, такую задачу, как работа. Недостаточность первой цели можно заметить у ребенка очень рано. Поэтому антисоциальное личностное расстройство даже в современной классификации диагностируется раньше других на 3 года, а признаки, ему сопутствующие, устанавливаются еще раньше.

Вторая жизненная задача — любовь, относящаяся к сексуальным отношениям, к браку и решению иметь детей. А. Адлер не очень фиксировался на этой задаче, будучи ортодоксальным и классически "правильным" человеком, рекомендующим, например, моногамию как лучшее решение любовной задачи, выступая против добрачного секса и пр.

Третья жизненная задача — социальные интеракции, относящиеся к проблеме отношений человека с другими. Эта задача не нашла отражения у других авторов. Так, например, Фрейд, описывая здорового человека, полагал, что ему достаточно любви и работы. А. Адлер исходил из того, что человек выполняет производственную задачу лучше, если он проявляет высокий социальный интерес. Социальный интерес предохраняет человека от самоцентрированного нарциссического подхода.

Три перечисленные задачи взаимосвязаны, ни одна из них не может быть адекватно решена, если у человека нет достаточного социального интереса. С точки зрения M. Balint (1994) существует и четвертая, не рассматриваемая А. Адлером задача, такая, как творчество.

Внимание родителей должно быть обращено на воспитание у ребенка необходимого уровня доверия к решению этих задач. Оптимистически настроенный ребенок верит, что задачи достижимы. Пессимист относится с недоверием к возможности своего успеха.

В центрах, работающих с использованием концепций А. Адлера, родителям предлагаются следующие советы по воспитанию здорового ребенка:

1) воодушевляй ребенка, а не старайся наказать его;

2) будь твердым, но не доминирующим;

3) проявляй уважение к ребенку;

4) соблюдай порядок, не делай из жизни хаоса;

5) стимулируй кооперацию;

6) не уделяй ребенку слишком много внимания;

7) не вступай в соревнование с ребенком, показывая свою силу;

8) проявляй себя действиями, а не словами;

9) не проявляй слишком явно большую любовь;

10) будь последовательным.

Психически нездоровый ребенок имеет следующие характеристики: он может быть несоциальным, он мучает животных, проявляет садизм по отношению к более слабым, уходит в сторону в случае возникновения какого-либо конфликта, не играет с другими детьми либо портит их игру.

Наличие и степень выраженности социального интереса у ребенка должны выявляться в школе. Существующие за рубежом школы по предупреждению аддитивного поведения детей (США) и клубы для подростков строятся на повышении социального интереса.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЮНГА

Структуризация психики К. Г. Юнгом (1923, 1924,1959) выделяет наряду с сознанием два вида подсознания: индивидуальное и коллективное (коллективное бессознательное). К. Г. Юнг оперирует такими понятиями, как "персона", "тень", "анима", "анимус", архетипы коллективного бессознательного.

Персона

Персона представляет собой ролевое поведение, которое свойственно проявлять человеку в различных социальных условиях. Свое начало этот термин берет в Древней Греции, где так называлась маска, которую надевали актеры при исполнении различных ролей. Персона непосредственно связана с сознанием, однако она несет в себе также элементы коллективного опыта ролевого поведения, свойственного предшествующим поколениям. Социальное ролевое поведение человека обычно отражается в его "персоне". Многие индивидуальные характеристики не проявляются. В связи с этим всегда возникает опасность неправильных оценок, когда персону принимают за истинную личность, что может приводить к серьезным недоразумениям при более интимных контактах. Человек может настолько сжиться со своей персоной, что перестает жить собственной жизнью, перестает выражать себя, становится "человеком без свойств".

Тень

При определении этого понятия у ряда авторов встречаются разночтения, касающиеся локализации тени. Формально тень локализуется на уровне индивидуального подсознания. Тень — это то, что человек не хочет знать о себе, это его скрытая, подавленная сторона. Вместе с тем тень связана с глубинным, коллективным бессознательным. Она испытывает на себе его сильное влияние и поэтому при своих проявлениях может выходить за пределы, объяснимые индивидуальным опытом. Далеко не все в тени может быть понято на рационально-логическом уровне. Попытка объяснения человеком некоторых действий в ряде случаев носит, по сути дела, лишь формально убедительный характер.

Тень является противоположностью персоны, отражающей роль, которую человек играет в обществе. Тень — это страж, стоящий у врат подсознания.

Анима и анимус

Анима представляет собой связанный с коллективным бессознательным синтетический, сформированный в опыте поколений образ женщины в психике мужчины. Этот образ обладает необычной силой воздействия при его активизации, что происходит, когда анима проецируется на какую-то конкретную женщину. Анима рассматривается как наличие женского начала в психике мужчины. Она может влиять на настроение, приводить к его снижению, грусти. Анима проявляется в женственных чертах характера, свойственных, например, даже наиболее мужественным мужчинам. Образ анима элюзивен. Он не поддается конкретному определению. В нем всегда присутствует таинственность, магия, особая притягательная сила. Анима имеет как положительную, так и отрицательную стороны, приобретая черты как, например, доброй феи, так и злой колдуньи.

Анимус — образ мужчины в психике женщины. Влияние анимуса приводит к развитию мужественных черт характера и поведения у женщины, что может иметь положительное значение во многих жизненных ситуациях. Имидж анимуса в психике женщины, согласно Юнгу, представлен часто во множественном числе, проявляясь в виде понятия "они" (совет старейшин, коллектив и др.) Влияние такого коллективного анимуса может приводить к преклонению перед авторитетами, людьми, которые "все знают", властью.

Индивидуальные различия

Выделяемые К. Г. Юнгом психологические типы экстравертов и интровертов и ведущие психологические функции (мышление, чувства, сенсорная функция, интуиция) — это точки отсчета, вокруг которых находятся переходные зоны. В связи с этим целесообразно отметить следующее:

1) чистых психологических типов практически не бывает, так как существуют переходные зоны;

2) ведущая психологическая функция подавляет противоположную функцию, вытесняя ее в индивидуальное подсознание.

Например, у человека мыслительного типа эмоции подавлены. У человека интуитивного типа подавлена сенсорика, и наоборот. Это положение К. Г. Юнга является чрезвычайно важным, так как если человек максимально использует в жизни одну из функций, а другая подавлена, следует обратить на нее пристальное внимание. Неприятности в контакте с этим человеком произойдут по вине этой подавленной функции, ибо то, что подавлено, не исчезает, а медленно развивается, как растение, растущее в тени. Подавленная функция характеризуется неотшлифованностью и грубостью, поэтому прорыв ее в сознание будет всегда деструктивным.

Например, жизнь человека экстравертированного мыслительного типа, характеризующегося рациональностью и наличием планов на все случаи жизни, "рушится" из-

за происшедшего с ним эмоционального увлечения. Эмоции, вышедшие из подсознания, влекут за собой не только материал индивидуального подсознания, но и энергию коллективного подсознания, оказывая чрезмерно разрушительное воздействие;

3) человек может использовать как ведущую не только одну, а две и даже три функции. Такой человек характеризуется большей интегральностью и приспособляемостью;

4) индивидуальные различия закладываются в раннем возрасте. Один из сиблингов может родиться экстравертом, а другой интравертом. Стабильность этих различий сохраняется во многом в течение всей жизни. Изменения в человеке происходят только ценой постоянной затраты его сил и энергии, с чем связано хроническое психоэмоциональное напряжение.

Согласно К. Г. Юнгу, подсознание играет существенную роль в здоровой зрелости человека. Психическое здоровье требует баланса между сознанием и подсознанием. Нельзя игнорировать сознание, так же, как нельзя "уходить" далеко и надолго в подсознание.

Когнитивные процессы

Человек, используя рациональное мышление, интуицию и фиксируясь на конкретных деталях происходящего, может получать полезную для него информацию, способствующую его развитию. Следует понимать, что подсознательные образы не только влияют на восприятие реальности человеком, но и стимулируют творческие подходы. Общество использует различные культурные мифы и ритуалы, помогающие найти пути общения с подсознанием. В этом смысле существующие в разных культурах различия должны учитываться и сохраняться.

Биологическая парадигма в концепции К. Г. Юнга сводится к тому, что наследуется способность человека реагировать определенным образом, создавая специальные "конструкции" на основе архетипов (матриц) коллективного бессознательного. Этим объясняется способность человека выстраивать определенное содержание и "рассказывать определенные истории о себе и о мире".

Детское развитие

В отличие от психоанализа, ранние переживания детства почти упускаются К. Г. Юнгом как не представляющие для него специального интереса. Его внимание не фиксируется ни на стадиях развития, ни на особенностях переживания ребенка. К. Г. Юнг уделяет внимание лишь тому, что в детстве влияние коллективного подсознания может проявляться более отчетливо.

Развитие взрослого человека рассматривается с точки зрения индивидуации, включающей в себя второе рождение или возрождение, имеющее место в середине жизненного цикла и включающее в себя использование творческого потенциала подсознания.

В отличие от психоанализа, К. Г. Юнгом не используется слово "личность", кроме его упоминания о личностных типах. Он рассматривает личность как нечто целостное, говоря скорее о психике. Анализ исследований о количестве употребляемых К. Г. Юнгом слов показывает частоту использования термина "психика". Исследователи обращают внимание на

то, что частое использование этого термина связано со стремлением К. Г. Юнга избежать разделения личности на несвязанные психические функции. Этим вызвано желание Юнга говорить о психике с большой буквы, интегрирующей различные аспекты личности, такие, как подсознание, экстраверсия, интроверсия и пр., которые он соотносит с тотальной интегрированной личностью. Эта интегрированная личность включает в себя селф, объединяющий все личностные качества и весь личностный потенциал. При этом совершенно не имеет значения, осознается ли это человеком или нет, так как осознание может происходить в последующем, в более зрелом возрасте.

К. Г. Юнг обращает внимание на то, что на каком-то этапе жизни человек акцентирует внимание на значении сознания, что проявляется, например, в стремлении к получению конкретных знаний или развитию своей идентичности в рамках карьеры. В то же время в другой временной период человек фокусируется на внутреннем развитии, таким образом, акценты могут смещаться.

В отличие от 3. Фрейда, К. Г. Юнг не считал, что для человека возможно или желательно жить только по законам сознания. Он сравнивал попытку человека жить, ориентируясь исключительно на сознание, с постройкой дамбы через океан, имея в виду под океаном подсознание. Примером, подтверждающим это положение, служит состояние гиперстимуляции, включающее в себя сознательный контакт с миром с одновременной блокировкой подсознания. Это приводит к тому, что в один прекрасный момент человеку становится невыносимо скучно подчиняться только сознанию. Развиваются гиперстимуляционные непсихотические психические расстройства. Возникает необходимость "вернуться" в подсознание для излечения и самообновления. В то же время, с точки зрения К. Г. Юнга, не имеет смысла фиксироваться только на подсознании, ибо такая фиксация эквивалентна поглощению наводнением. Таким образом, разумным компромиссом является предлагаемая К. Г. Юнгом формула, согласно которой целесообразно в общении с внешним миром использовать сознательный подход, имея возможность и время периодически возвращаться к внутреннему миру для психического обновления.

Структура личности

К. Г. Юнг описывал Ego как аспект личности, который в целом представляет сознание. Ничто не может стать сознательным, не пройдя через Ego, социально значимое для чувства социальной идентичности. К. Г. Юнг называл Ego стражем сознания, стоящим на его вратах, и центром воли, позволяющим человеку достигать поставленной цели. Тем не менее, автор отмечал наличие определенных ограничений для силы воли, связанных с ограниченностью сознания.

Ego — только часть личности, но не ее центр. Многие люди идентифицируют себя слишком сильно со своим сознанием, со своими сознательными мотивациями, переживаниями, интенциями, что приводит к нарушению баланса, психологическому дискомфорту. Возникает психологическая инфляция Ego, выражающаяся в том, что человек слишком много думает о себе, слишком много берет на себя, будучи уверенным в том, что его Ego представляет собой

структуру особой важности. Придание слишком большого значения сознательной стороне жизни вызывает состояние эмоционального напряжения. С этим связано возникновение в зрелом возрасте экзистенциальных кризисов, когда человек, наконец, начинает понимать ограниченность сознания. Часто такие кризисы провоцируются психологической травмой, фрустрацией. Например, стремление человека сделать карьеру потерпело крах и ему кажется, что он "не в состоянии это пережить", так как никакой альтернативной цели у него нет. Возникает экзистенциальный кризис, связанный с потерей смысла жизни.

В то же время психологическая инфляция может быть связана с переоценкой человеком своего подсознания. Так появляются мистики, медиумы, спиритуалисты, страдающие этим видом дисбаланса. "Лекарство" для каждого типа психической инфляции — индивидуация, включающая в себя нахождение баланса между сознанием и подсознанием.

Символизм

Подсознание проявляет себя символами, которые находятся глубоко в психике, вне эффектов личного опыта. Окончательное формирование символа в развернутой форме происходит на границе переживаний сознания и материала, идущего из подсознания. Материал этот алгоритмирован. Это выглядит примерно следующим образом: человек что-то видит, на этот образ накладывается материал, идущий из подсознания, совокупность информации рождает "конечный продукт".

Основу коллективного бессознательного составляют архетипы, представляющие сырой материал, выражающийся алгоритмизированными символами. Поскольку коллективное бессознательное детерминировано в большей степени наследственностью, содержание его (готовность к репродукции, содержащейся в соответствии с определенными матрицами) в целом одинаково для людей, несмотря на то, ,что условия рождения и проживания их могут быть различными. В связи с этим одним из наиболее важных моментов, отмеченных К. Г. Юнгом, является предрасположенность человека к определенному типу реакции.

Символы определяют архетипный субстрат, приобретая более или менее универсальное значение. Индивидуальные символы отражают личностный опыт отдельного человека. К. Г. Юнг находил подобие между переживаниями психотических пациентов и символами древнего искусства и мифологии, что подтверждает существование коллективного бессознательного. Например, он сообщал о найденных им параллелях между рисунками больных и символами вновь открытых греческих папирусов. К. Г. Юнг говорил, что современная манера рисунка не может быть основана только на индивидуальном опыте, она во многом связана с влиянием коллективного бессознательного. Для сознания индивидуума важно иметь связь с коллективным бессознательным. Если содержание подсознания символизируется, оно может стать частично известным для сознательной части психики, только таким образом такой переход возможен. Содержания коллективного бессознательного в сознании не интегрируются, интегрироваться могут только символы, приобретающие в связи с этим большую силу. Таким образом, без символизма не может функционировать связь между сознанием, индивидуальным подсознанием и коллективным бессознательным. Содержания коллективного бессознательного

прорываются в сознание, и разрушают Ego.

Например, Н. Bettelheim (1976) обнаружил, что в тот момент, когда он показывал или читал детям "безопасные" версии традиционных сказок с устраненными пугающими детей эпизодами и образами чудовищ и ведьм, дети испытывали большее напряжение, по сравнению с детьми, которым читали традиционные сказки братьев Гримм. Символическая репрезентация эмоций, вызывающих страх в сказках Гримм, привносит их в сознание в таком виде, с которым сознание сравнительно легко справляется. Если же эти негативные силы не символизируются, они выступают в более жестком, не смягченном виде. Иными словами, человек, не имеющий возможности пользоваться традиционной системой символов, разработанных в рамках данной культуры в течение длительного времени, подвергается опасности психической деструкции. Высшая сила внутри человека, лишенного привычных символических посредников (ритуалов), может привести к разрушению сознания, т. е. развитию психоза.

К. Г. Юнг все же рассматривал подсознание в качестве союзника в большей степени, чем в качестве врага, подчеркивая, что энергия подсознания может быть творческой и далеко не всегда деструктивной. Эту значимость подсознания важно учитывать в терапии, так как использование подсознания способствует приобретению человеком большей целостности. "Части психики, оторванные от целого", должны быть интегрированы с другими частями личности. Часто эти "оторванные" системы приобретают форму комплексов, находящихся в подсознании. Поэтому задачей психотерапевта является помощь в интеграции материала. Диагностировать такие комплексы можно с использованием симптомов, сновидений и ассоциаций (тест на словесные ассоциации Юнга). В момент терапии особенно важно найти пути к скрытым частям личности, к потенциальным возможностям хотя бы частичной индивидуации. Процесс этот более сложен, чем психоанализ. Необходимо знать ценности, которыми человек жил раньше, ибо они являются ресурсом выздоровления.

Для психиатров представляет интерес ранняя диагностика психических нарушений с выделением сновидений определенного характера, которые могут быть предвестниками развития психического заболевания. Следует обращать внимание на появление в сновидениях образов огня, наводнения, конструкций, имеющих форму мандалы (круг, площадь с фонтаном, часы без стрелок), античных городов, руин разрушенных храмов, священных церемоний, мифологических зверей, пресмыкающихся, динозавров и др. (большие сны). Иногда пациенты, вспоминая о начале заболевания, указывают на пережитые ими незадолго до болезни большие сны, являющиеся предвестниками болезни. Таким образом, знание этого факта позволяет предупреждать рецидив заболевания с помощью психофармакологических и психотерапевтических средств.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ ХОРНИ

Главная концепция теории К. Хорни (1937,1939,1945, 1950) заключается в утверждении, согласно которому люди отличаются друг от друга балансом трех межличностных ориентации, проявляющихся в движении человека по направлению к окружающим, против них и в сторону от окружающих. На эти ориентации влияют разные представления людей о себе, наличие

различных идеализированных "Я" и разная приспосабливаемость к свойственной человеку "основной тревоге".

Психическое здоровье, рассматриваемое в контексте адаптации и приспособления, включает в себя сбалансированные межличностные стили, обеспечивающие продуктивные движения человека в границах этих трех направлений. В противном случае развиваются расстройства, которые, с точки зрения К. Хорни, следует коррегировать прежде всего с использованием психоаналитических подходов. Психоанализ является предпочтительной терапией, важным дополнением к которому служит самоанализ. Когнитивный процесс самоанализа приводит к психическому росту человека. Процессы, ограничивающие инсайт, теряют при этом свою силу и значимость.

Влияние общества, социума и культуры чрезвычайно важно в формировании личности человека. Из всех допустимых биологических влияний К. Хорни подчеркивает лишь значимость влияния ролей, связанных с полом.

По мнению автора, фундаментальными эмоциями ребенка являются основная тревога и враждебность, развитие которых происходит на основе неадекватных родительских отношений и "неадекватной родительской любви". К. Хорни акцентирует внимание на значении в жизни человека детского периода, полагая что во взрослом периоде происходят лишь незначительные события, не способные повлечь за собой сколько-нибудь серьезных изменений.

Отличие концепции К. Хорни от психоаналитической концепции 3. Фрейда заключается в непризнании ведущей роли сексуального конфликта. У пациентов, наблюдаемых автором, несмотря на полностью удовлетворяющую их сексуальную жизнь, был диагностирован невроз. По мнению автора, наиболее значимым является конфликт, вызванный нарушенными межличностными контактами, особенно отношениями родитель — ребенок, возникающими в ранний период жизни.

Основная тревога и враждебность

В раннем возрасте зависимость детей от родителей очень высока. Эта зависимость базируется не только на потребности ребенка в выживании, но и на потребности в получении им от родителей чувства психологической безопасности. Реализация этих потребностей приводит к тому, что ребенок чувствует себя любимым и защищенным. В противном случае возникают чувства ранимости и незащищенности. Выраженность этих чувств различна и зависит от обстоятельств. Ранимость ребенка провоцирует усиление беспомощности. Неустраненная детская беспомощность продуцирует чувство основной тревоги, содержанием которого является чувство изоляции и беспомощности в потенциально враждебном мире. Если родители пренебрегают ребенком, отгораживаются от него, это способствует возникновению у него злости, называемой К. Хорни основной враждебностью. Ребенок не в состоянии выразить враждебность по отношению к родителям, так как в противном случае он будет наказан и лишен любви в еще большей степени. Таким образом, враждебность репрессируется в подсознание, что усиливает имеющуюся у ребенка тревогу.

Возникновение непсихотических психических нарушений у взрослого человека

объясняется наличием основного конфликта между фундаментально противоположными подходами, приобретенными им ранее по отношению к окружающим. То есть, с одной стороны, ребенок, нуждающийся в родителях, стремится быть ближе к ним, а с другой стороны, ненавидя их, он желает каким-то образом их "наказать". В этом и заключается суть основного конфликта, который, с точки зрения К. Хорни, является генератором непсихотических психических нарушений. По сути дела речь идет о межличностном конфликте, отличающемся от либидинозного конфликта 3. Фрейда между сексуальным желанием и ограничивающими его обстоятельствами, обусловленными социальными условиями общества.

Ребенку, оказавшемуся в вышеописанной ситуации, доступны только три выбора:

— акцентуация на полной зависимости от родителей с движением по направлению к ним;

— акцентуация враждебности по отношению к родителям со скрытой конфронтацией;

— отказ от отношений с родителями, с движением в сторону от отношений с родителями.

Ребенок разрешает конфликт способом, более всего подходящим для семейной ситуации. Выбор, сделанный им в детстве, в какой-то степени становится судьбой, оказывая влияние на характер его межличностной ориентации в будущем. Здоровый человек должен обладать гибкостью выбора, имея возможность двигаться во всех трех направлениях, обеспечивая себе условия для хорошей адаптации. Человек, обученный в детстве оперировать всеми тремя выборами, не ограничиваясь каким-то одним из них, не будет предрасположен к развитию непсихотических психических нарушений. И, наоборот, людям с подобными нарушениями свойственна несбалансированность в межличностном поведении. Например, уходящие от межличностной активности теряют социальные навыки и со временем становятся зависимыми, предпочитая возлагать на окружающих право решать за них, что приводит к неудовлетворенности и психическому дискомфорту. Если в детстве ребенку не позволяют критиковать родителей, в будущем он становится неспособным отстаивать свою точку зрения, становясь неконкурентоспособным по отношению к окружающим. "Отверженный" ребенок, вступив во взрослую жизнь, будет испытывать трудности в общении с другими. Анализ лиц с невротическим поведением показал, что для них характерно использование в отношениях с окружающими только одной ориентации.

Дифференциация различных типов людей с непсихотическими психическими нарушениями базируется на их тропности к движению по направлению против или в сторону от окружающих. Эти ориентации соответствуют основным механизмам защиты у животных (борьба, бегство, подчинение).

Для подчиняемых лиц характерно стремление к общению с другими с попаданием от них в болезненную зависимость. Такие люди чувствуют себя слабыми и беспомощными, исходя из того, что другие "знают лучше и больше их". Им свойственен "мученический" тип отношений, основанный на самопожертвовании, базирующемся на стремлении получить таким образом любовь окружающих и желании установить отношения, в которых к ним бы хорошо относились. Основной девиз таких людей звучит примерно так: "Человек, любящий меня, не нанесет мне вреда".

Движение против характерно для людей нарциссического типа, обеспокоенных

собственным имиджем, стремлением к перфекционизму, стремлением всегда демонстрировать свою правоту, выигрывать в соревновании с окружающими, заставить других восхищаться собой. Основным девизом таких людей является: "Если я буду сильным, мне никто ничего не сделает".

Третий тип характеризуется движением в сторону от окружающих. Ему свойственны отказ от амбиций, неприязнь к изменениям, "серая" жизнь, отстраненная от эмоциональных переживаний и желаний. Стремление к самодостаточности и независимости сочетается с уходом от социальных контактов. Предъявляемые со стороны других требования и ограничения, направленные против стремления освободиться от социальных отношений, вызывают резко негативную реакцию. Лозунгом таких людей является: "Если я отграничусь от общения с другими, никто не нанесет мне вреда". Идущие этим путем справляются таким образом с основной тревогой. К. Хорни, описывая этот тип личности как отстраненный, отмечает, что такие люди могут развить в себе определенные навыки и умения, позволяющие им быть независимыми и уметь ограничивать свои желания.

Причиной развития непсихотических психических нарушений часто является страх успеха, базирующийся на конфликте между конкуренцией и стремлением к положительному отношению к себе. Например, у человека со страхом успеха может появиться чувство, что, если он добьется успеха, то потеряет любовь своих друзей и даже членов семьи. Страх успеха анализируется как мотив избегания достижений, который приводит к внутреннему недовольству, угнетению и раздражительности, проецирующейся на других.

К. Хорни подчеркивает влияние транскультурных различий на характеристики личности. Так, индивидуализм, свойственный населению ряда стран, акцентуирует внимание прежде всего на индивидуальных достижениях и привилегиях человека (США, Соединенное Королевство и др.). В контрасте с такими странами существуют и другие, с большим коллективизмом, приданием особого значения отношениям между людьми, общим целям и взаимной ответственности (например, Япония, Китай). Автор подчеркивает, что в "коллективистских" странах акцент в социальном поведении людей сделан на конформность, социальную гармонию, групповые задачи и семейные обязанности. Однако внутри больших стран, например США, некоторые группы населения (испанцы и гавайцы) более коллективистски ориентированы по сравнению с доминирующей культурой. Таким образом, индивидуализм и коллективизм влияют на социальное поведение человека и его самооценку. Представление о собственном "Я" как о чем-то отдельном, скорее чем соединенном с другими, пронизывает мышление западного человека.

Факт принадлежности пациента к разным культурам, провозглашающим индивидуализм или коллективизм, должен учитываться в тактике специалиста, оказывающего психологическое вмешательство. Неправильное понимание этой стороны культурных особенностей приводит к непониманию пациентов, на что указывает Landrine H. (1992).

Ruskin R., Novacek J., Hogan R. (1991) описывают два межличностных стиля поведения (озабоченность и рыцарство), которые очень близки типам движения человека против и в сторону от окружающих. Рыцари имеют черты враждебности, грандиозности, доминирования, нарциссизма и высокую самооценку. Эти проявления напоминают концептуализацию

грандиозного собственного "Я" при нарциссизме, но в данном случае они базируются не на хрупкости селфа, но на враждебности, доминировании, приводя к движению против других. ZaIeznikA. (1975) отмечал, что такой вариант грандиозности представляет особый риск для людей, добившихся всего самостоятельно, предопределяя возможность будущего поражения.

Hamon S. A. (1987) отметил, что исследование пациентов с риском возникновения у них коронарных заболеваний целесообразно проводить в рамках модели, предложенной К. Хорни. Люди с поведением типа А сooi ветствуют экспансивному типу по К. Хорни и характеризуются такими чертами, как стремление "идти в ногу со временем", конкурентность и враждебность. Таким людям свойственен повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Способы приспособления пациентов к основной тревоге

Существуют различные способы приспособления пациентов к основной тревоге. Выделяют стратегии для разрешения основного конфликта между беспомощностью и враждебностью. Они не решают конфликт, не приводят к психическому росту, но помогают приспособиться к условиям повседневной жизни. К этим стратегиям относятся следующие.

1. Подавление одной из составляющих конфликта, либо беспомощности либо враждебности. Например, при исключении враждебности акцент в большей степени делается на беспомощности, приводя человека к зависимому от окружающих положению и наоборот, при подавлении беспомощности акцент делается на враждебности с появлением условно-агрессивного поведения по отношению к другим людям.

2. Стратегия отстраненности, при которой человек снижает переживание конфликта.

3. Стратегия идеализированного "Я", при которой человек уходит от своего реального "Я" и живет с образом идеализированного "Я". Это идеализированное "Я" менее беспомощное менее "злое" и пр. Такое положение может устраивать лишь на какое-то время, так как основной конфликт остается.

4. Отчуждение от реального "Я", в результате чего у человека возникает чувство, что все происходит не с ним, а с кем-то другим. Возможна деперсонализация.

Все вышеперечисленные стратегии неадекватны для хорошего приспособления, так как во время реализации этих стратегий реальное "Я" подавляется, а жить постоянно в условиях идеализированного "Я" для человека затруднительно. Например, некоторые жертвы инцеста формируют идеализированное "Я", отрицающее их участие в инцесте или подчеркивающее придуманную ими особую силу над агрессором, совершившим инцест, например, над одним из родителей. Созданный таким образом селф позволяет человеку пребывать в иллюзии, что благодаря своей силе он подчинил себе родителей.

Возможно создание ситуации, при которой реальное "Я" подавляется, а человек старается всячески соответствовать идеальному "Я", который становится основой различных интенсивных стремлений и мотиваций. Возникает "тирания долженствования". Каждый пациент развивает свой способ усиления идеального "Я" и избегает полезной конфронтации с подавленным реальным "Я". "Тирания долженствования" может выражаться в разных

вариациях. Например, человек, живущий под властью глагола "должен", считает, что он не должен быть зависимым или что он должен сделать работу как можно лучше и пр. Эти требования к себе чаще всего осознаются человеком неполностью. "Тирания" заставляет людей идентифицировать себя с создаваемым ими идеальным "Я". Возникает опасность, при которой реализация "тирании" и смешивание с идеальным "Я" вызывают настолько сильное отчуждение идеального "Я" от реального, что первое может отделиться от второго, приобретая неадекватный характер. О таком идеальном "Я" говорят, что это как бы кусочек психоза, торчащий в ткани невроза. Это положение К. Хорни вступает в противоречие с мнением А. Адлера, считавшего, что фикциональный финализм всегда приводит к росту личности. С точки зрения К. Хорни, отрыв от реального "Я" может привести человека к остановке развития.

J. E. Elliott (1992) описывает наличие у человека "внутреннего критика" как источника отрицательных посланий. могущих привести к развитию депрессии. Для нейтрализации этих отрицательных посланий человек с нарушениями может использовать экстернализацию (проекцию внутреннего конфликта вовне), при которой внутренние конфликты проецируются на внешний мир. Эта проекция не только не излечивает пациента, не устраняя конфликт между ним и внешним миром, но, наоборот, может его. Экстернализация привлекательна тем, что на какое-то время может снизить тревогу. Таким образом, экстернализация позволяет человеку переживать внутренние процессы как происходящие вовне, считая, что за все происходящее ответственны внешние факторы. Лица с различными нарушениями, экстернализируя себя и свою оценку тех или иных явлений приписывают окружающим несвойственное им отношение к себе. В случае несовпадения точки зрения окружающих с мнением человека с нарушениями у последнего может возникнуть по отношению к ним чувство презрения. Таким образом, в процессе экстернализации также выделяются движения людей по направлению, против и в сторону от окружающих.

Человек с расстройствами защищает себя от глубокого психоанализа, экстернализируя злость и ярость в виде раздражения, направленного против других, или превращает эти чувства в конверсивные расстройства. К. Хорни подчеркивает, что устранять экстернализацию не следует, так как она имеет защитную функцию. В противном случае у человека появится чувство безнадежности.

Техники вторичного приспособления. Теория "белых пятен"

Поведение людей часто не соответствует образу идеального "Я", но это несоответствие ими просто не замечается. Такое поведение К. Хорни называет "белыми пятнами", предупреждающими осознание конфликта между поведением и собственным идеальным имиджем. Техники вторичного приспособления человека к "белым пятнам" включают в себя:

1) компартментализацию. Использование механизма, при котором несоответствующее идеальному "Я" поведение сознательно распознается, но не во время действия, а после его завершения. Для облегчения ситуации поведение разделяется человеком на "ячейки". Например, разное поведение человека в семье и на работе, с друзьями и врагами "помещается им в специальные контейнеры", препятствующие влиянию одного вида поведения на другое;

2) рационализацию. Использование логики для доказательства заведомо неверного заключения или перевода в "другую плоскость" поведения, несоответствующего социально приемлемым нормам. Использование рационализации позволяет человеку иметь мнение о том, что качества, характерные для его идеала, в нем хорошо представлены. При этом он не распознает в себе тенденций, не соответствующих идеалу, рационализирует их, применяя формальную логику;

3) чрезмерный самоконтроль, делающий возможным предотвращение состояния сверхпоглощенности эмоциями. Контролирующий себя человек не позволяет чрезмерного энтузиазма, оптимизма, возбуждения, злости, жалости к себе. Использование в качестве защитного механизма эксцессивного самоконтроля позволяет, например, избегать приема алкоголя, боясь, что под его влиянием эмоции проявятся разрушительным образом. Общение с людьми, имеющими такую форму самоконтроля, представляется трудным для психотерапевта, особенно использующего метод свободных ассоциаций. Боязнь прорыва эмоций часто порождает страх сойти с ума;

4) арбитральную правоту как попытку разрешить конфликт раз и навсегда. При этом делается арбитральное утверждение о том, что только заявленное представляет собой безусловно правильный вариант, не подлежащий критике, с "отбрасыванием" сомнений и парированием любой критики. Ригидность приводит пациентов к избеганию психоанализа, который может лишить их основных защитных верований, сводящихся к механизму арбитральной правоты;

5) элюзивность — механизм, противоположный арбитральной правоте. Элюзивные пациенты не высказывают никаких мнений, не совершают никаких точных действий, характеризуются отсутствием точно определенного имиджа, спасаясь таким образом от переживания конфликта путем ухода от него в сторону. Такие люди никогда не делают никаких заключений или, сделав их, впоследствии отрицают сказанное, говоря, что они имели в виду нечто другое. Они характеризуются способностью делать все неясным и неточным. S. C. Cloninger (1996) отмечает, что их поведение напоминает шутку о соседе, которого попросили вернуть одолженное им ведро. Сосед в ответ на это сказал, что ведра он не одалживал, и более того, когда он его одалживал, ведро протекало, да и к тому же он его уже вернул. Такие рассуждения типичны для элюзивных людей.

6) цинизм как один из механизмов избегания конфликта путем отрицания и превращения в нелепость моральных ценностей. Тип поведения таких людей носит название "макиавеллический", сознательно циничный, со стремлением достичь цели, не взирая на моральные ограничения. Некоторые пациенты используют цинизм подсознательно на сознательном уровне, на словах приемля социальные ценности, на деле же ими не руководствуясь.

Соотношение родительского поведения и личностного развития

Согласно» К. Хорни, основным злом в семье является отсутствие настоящей теплоты и эмоциональности. Если ребенок воспитывается в эмоционально теплой среде, то

психологические травмы переносятся ребенком хорошо. Если поведение родителей не способствует созданию у ребенка чувства безопасности, невротическое развитие неминуемо. Родительское поведение, провоцирующее невротическое развитие, включает в себя незаинтересованность в детях, безразличие: к ним, проявляющееся как в пассивной, так и в активной форме.

Семейная атмосфера должна формировать у ребенка уверенность в его необходимости родителям, в противовес основной тревоге. Здоровые родительские подходы требуют, чтобы родители сами были способны на эмпатию, сопереживание, что возможно лишь в случае решения ими своих эмоциональных проблем. Пребывание родителей во власти нерешенных проблем оказывает негативное воздействие на ребенка.

Одной из важных задач психоанализа по Хорни является достижение большего понимания детей и оптимального способа обращения с ними. Если семья в состоянии сделать это, она разрушают повторяющийся в каждом поколении цикл нарушении. Если этого не происходит, нарушения передаются из поколения в поколение.

Современные исследования C. C. Feiring(1984),R. McCrae, P. T. Costa (1988) показали, что взрослые, вспоминающие о том, что родители отвергали их, не проявляя к ним эмоционального тепла, по сравнению со взрослыми, характеризующими свои отношения с родителями как эмоционально приятные, обнаруживали высокие показатели невротизма. Исследован ия показали, что положительное восприятие родителями детей и неавторитарные наказания детей прогнозируют более высокое развитие Ego уже к 30-летнему возрасту, особенно у женщин. S. T. Lamborn с соавторами (1991) сообщали, что авторитарные родители, дающие детям с одной: стороны ригидную направленность поведения, но, с другой стороны, любящие их, воспитывают людей, хорошо приспособленных к жизни.

M. D. Ainsworth с соавторами (1978) исследовали близость детей к матери и их реакцию на появление чужих людей. Авторы обнаружили, что при наличии близости между матерью и ребенком, ребенок растет уверенным в себе, ощущающим безопасность, что создает основу для его эмоционального здоровья в детстве и копирования этого поведения во взрослой жизни. Такой человек не испытывает напряжения при встрече с незнакомыми людьми.

Таким образом, на поведение взрослого человека оказывает значительное социально-психологическое влияние ранний период его отношений с родителями.

В работах К. Хорни, рассматривающих значение культуральных детерминант развития, к которым относятся специфические семейные переживания, стереотипы жизни, наличие доминирующей или жертвующей собой матери, отмечается, что эти явления должны рассматриваться только внутри определенных культуральных условий. Эта точка зрения контрастирует с описанной Фрейдом универсальной психодинамикой, свойственной всем семьям. Ведь даже Эдипов комплекс возникает в результате конкретной ситуации в конкретной семье, когда, например, есть конкуренция между родителями внутри семьи по отношению как к себе, так и к ребенку.

Культурные факторы включаются в оценку некоторых паттернов поведения, которые определяют приемлемость или неприемлемость отдельных явлений для данной культуры.

Культурные ожидания в отношении, например, отдельных ролей мужчин и женщин могут варьироваться. Так, во времена К. Хорни поведение женщины, жертвующей своей карьерой ради карьеры мужа, считалось нормальным, даже при условии ее большей одаренности. Сегодня во многих странах к этому поведению относятся по-другому. Сексуальные конфликты в настоящее время стали менее важными в качестве источника тревоги.

Особое значение приобретает конфликт между конкурентоспособностью и любовью.

В нашей культуре большое значение придается конфликту между компульсивным желанием быть первым независимо от разных обстоятельств и стремлением быть любимым. Этот конфликт особенно усиливается, если речь идет о женщинах.

Женщины не рискуют идти на достижения в ряде отраслей. Конкуренция у мужчин стимулируется, а у женщин нет. У женщин развивается страх успеха, согласно которому они начинают считать, что если они достигнут успеха, они потеряют любовь своих близких и друзей.

Исследования психологов показывают, что работающие женщины, например, США и Канады, имеющие профессии, встречаются со значительным количеством проблем, требующих обращения к специалистам. В связи с этим высказываются две точки зрения. Согласно одной из них, более психологически здоровыми являются женщины, имеющие традиционное поведение, по сравнению с феминизированными женщинами. Исследования, проведенные R. Helson, J. Picano (1993), не подтверждают эту точку зрения. Авторы обратили внимание на то, что независимость и психологическая мужественность у женщин сочетаются с их лучшим психологическим здоровьем, что, кстати, свойственно и мужчинам. Женственность в утрированном виде роли не играет и далеко не всегда связана с психологическим здоровьем. То есть, наличие таких женственных характеристик, как эмпа-тия и забота, оказывает положительное влияние как на здоровье самой женщины, так и на здоровье членов ее семьи. Однако наличие только этих характеристик при отсутствии такого "мужественного" качества, как ассертивность, интерферирует со здоровой адаптацией. Это положение касается и мужчин.

Психотерапия "невротических" конфликтов

К. Хорни отмечает, что проводимая терапия должна исходить из анализа всей личности, исключая стратегии быстрых интервенций. Фокусировка специалиста только на специфических симптомах, предъявляемых пациентом в данный момент, малорезультативна. Необходимо выяснить, что же стоит за этими симптомами. С этой целью врач раскрывает подсознательные стратегии пациента, используемые им для нейтрализации "невротического" конфликта, так как именно эти стратегии оказывают прямое влияние на характер межличностных отношений, собственный имидж пациента и восприятие им мира в целом. Эти жизненные стратегии исследуются вместе с пациентом для достижения им инсайтов, являющихся "путеводителями" в раскрытии новых жизненных возможностей.

Представляет интерес точка зрения К. Хорни, согласно которой детские воспоминания пациента не всегда необходимы. Более целесообразным является достижение пациентом инсайтов, способствующих пониманию подсознательных тенденций и их функций.

Фокусировка на происходящем у пациента именно сейчас более эффективна для продуцирования изменений, чем уход в его прошлое. Пациенты же, наоборот, стараются избежать конфронтации со своими невротическими конфликтами, проявляя преувеличенный интерес к воспоминаниям прошлого. Они с удовольствием анализируют детские переживания для того, чтобы уйти от беспокоящего их в настоящий момент конфликта.

Деятельность врача по изменению личности пациента ставит перед специалистом следующие задачи:

1) повышение ответственности пациента;

2) приобретение большей независимости;

3) развитие способности выражать чувства более спонтанно;

4) непредъявление необоснованных претензий;

5) способность полно и искренне включаться в собственную жизнь.

Большое значение в психотерапии придается самоанализу. Прогресс по отношению к улучшению собственного психического здоровья может быть достигнут и в случае индивидуальной работы пациента. Более того, психический рост пациента, начавшийся в момент психотерапии, должен продолжаться в индивидуальном осмыслении поставленных перед пациентом задач. Самоанализ может заключаться в самостоятельном решении пациентом своей проблемы. В процессе самоисследования пациенту рекомендуется ведение дневника, анализ своих фантазий, сновидений, эмоциональных реакций на различные события.

Возникающая иногда неэффективность самоанализа объясняется невозможностью пациента "выйти" на более глубокие механизмы, лежащие в зоне "белых пятен", являющихся зонами психологических защит. Резистентность к такого рода анализу вряд ли поможет пациенту, "работающему" в одиночку, понять суть этих защит. В связи с этим особенно возрастает роль специалиста, участвующего в этом процессе. Иногда пациенту трудно преодолеть охватывающее его чувство безысходности в преодолении некоторых трудностей. Возникающие в момент психотерапии психологические защиты пациента дают ему вторичные дивиденды, имеющие для него большое значение. Эти выгоды, связанные с защитами, являются еще одним препятствием для качественного анализа. В связи с этим выдвигается концепция о невозможности полного анализа при психотерапии.

ЧАСТЬ II

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Глава 1

СОЦИОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ КАК НОВАЯ ПАРАДИГМА В ПСИХИАТРИИ

В энциклопедическом словаре Webster (1989) парадигма определяется как "набор форм,

все из которых содержат особый элемент". В науке парадигма представляет общепринятую точку зрения на природу рассматриваемых явлений. Специалисты, работающие в любой отрасли и в данном случае в области психиатрии, всегда находятся в пределах существования определенной парадигмы. Необходимость проведения любого рода исследования в рамках именно этой парадигмы не вызывает у них сомнений. Более того, у большинства специалистов не возникает вопроса о причине своей принадлежности к существующей парадигме. Эта константа устанавливается как бы априори, являясь аксиомой, принятой в данном профессиональном сообществе. Работа в такой парадигме предъявляет специалистам требование, касающееся необходимости анализа любых проблем с использованием только тех методов, которые приняты в этой парадигме. Даже вопросы повышения квалификационной компетентности специалистов решаются в рамках действующей парадигмы, ибо она определяет свою же собственную сущность, способы воздействия на свое содержание и запреты на действия, противоречащие условиям ее существования. Любая наука, находящаяся "внутри" приемлемой парадигмы, является "нормальной". При этом сама парадигма определяет методы, используемые для решения поставленных вопросов; необходимость разработки новых направлений; критерии решения проблемы, например, что можно считать выздоровлением в психиатрии. В круг задач, определяемых парадигмой, входит и такая, как возможность и степень решения той или иной проблемы. Проблемы, определяемые парадигмой и входящие в ее структуру, признаются всем научным сообществом, принимающим ее как основу своей деятельности. Любое отклонение от существующих в парадигме положений непозволительно и может объясняться некомпетентностью или невежеством конкретного специалиста, которому в данной ситуации рекомендуют повысить свою квалификационную компетентность. Если специалист, несмотря на предпринимаемые попытки, продолжает придерживаться взглядов, не укладывающихся в правила парадигмы, это может быть расценено также как следствие таких причин, как его моральная несостоятельность, личностные отклонения, подверженность деструктивным влияниям или даже его психическое нездоровье.

Классическая, ортодоксальная психиатрия находится в рамках парадигмы, центрированной на болезнь, и исходит из положения, что психические нарушения всегда вызываются специфическими органическими в широком смысле мозговыми заболеваниями. Andreasen в книге "Сломанный мозг: биологическая революция в психиатрии" отмечала тот факт, что основные психические нарушения являются болезнями, к которым нужно относиться так же, как к таким медицинским заболеваниям, как диабет, болезни почек, сердца и т. д. Все эти заболевания вызываются, как известно, действием биологических факторов. Поскольку речь идет о психических заболеваниях, можно сказать, что большинство этих факторов проявляется в работе мозга. Будучи медицинской дисциплиной, психиатрия старается идентифицировать биологические факторы, вызывающие психические заболевания, и изучить механизмы их влияния. Эта модель исходит из того, что каждый тип болезни имеет присущую именно ему специфическую причину. Лечение психических болезней акцентуирует использование так называемой "соматической" терапии. Поскольку заболевания рассматриваются как биологические по своей природе, терапия предполагается как коррекция лежащего в их основе нарушения биологического дисбаланса. Таким образом, биомедицинская парадигма психиатрии, центрированной на болезнь, провозглашает себя "научной медицинской

дисциплиной". Данная парадигма, исходя из своей логики, приводит к заключению, что психические заболевания должны быть одинаковыми во всех обществах, во всех странах, у всех этнических групп и не зависят от культуральных особенностей.

Внутри парадигмы в нисходящем порядке выступают более низкие уровни понятийных структур, называемые моделями, теориями, гипотезами (Castillo, 1996).

Модели представляют собой общие теории, которые объясняют большую часть поля исследований внутри научной дисциплины.

Теории — совокупность обобщенных положений, образующих парадигмы и правила, определяющие действия в рамках этой парадигмы.

Гипотезы являются предположениями, используемыми для объяснения каких-либо явлений. Гипотезы требуют подтверждения.

Внутри разработанной парадигмы более низкие структурные уровни должны логически соответствовать более высоким уровням. Таким образом, все носит продуманный одноплановый характер. Парадигма контролирует суть вопросов, требующих решения, методы, используемые для достижения этой цели, и возможные варианты приемлемых ответов.

Иерархия биомедицинской парадигмы психиатрии выглядит следующим образом.

(1) Психические нарушения вызываются специфическими болезнями головного мозга.

(2) Психическое заболевание, например шизофрения, как модель в рамках этой парадигмы рассматривается как психотическое расстройство, вызванное специфическим химическим или биологическим дисбалансом.

(3) Теории, объясняющие причины возникновения болезни, являются биологическими. Например, шизофрения в рамках этой парадигмы связывается с повышенной активностью допаминовых систем. Признаются возможными и такие причины, как нарушение обмена адреналина с возникновением адренохромов, адренолютинов и пр. Все это находится в рамках биомедицинской парадигмы.

(4) Гипотеза, предполагающая, что психические заболевания имеют одинаковую клиническую картину и течение, а также одинаково диагностируются во всем мире.

Социодинамическая психиатрия отличается от классической психиатрии тем, что она выходит за границы биомедицинской парадигмы и оперирует в рамках разных парадигм. Психические нарушения рассматриваются как состояния, развивающиеся под воздействием множественных факторов, в том числе психологических, социальных, религиозных и культурных. Влияние этих факторов связывается с другими социопсихологическими факторами риска, влияющими на человека в различные периоды его жизни. Придается особое значение анализу особенностей детского и подросткового периодов жизни с акцентированием внимания на таких параметрах, как характер воспитания, наличие и содержание психической травматизации; система взаимоотношений с родителями, сверстниками, складывающаяся в эти периоды жизни и предопределяющая в дальнейшем реакции на различные события, стиль поведения, предпочтения и систему ценностей.

Формирование определенных навыков поведения и способов самореализации, складывающихся уже в детском и подростковом возрасте, приводит к тому, что сформированная структура оказывается достаточно ригидной и относительно плохо поддающейся коррекции. Коррекция требует участия в ней специалистов, разбирающихся в психологии, она особенно затруднена по ряду причин, в частности в связи с продолжением пребывания человека в поле действия тех же социопсихологических и культурных факторов, которые действовали на него в прошлом. Имеют значение инерционные механизмы. Выбор какого-то нового пути сопряжен с применением определенных усилий, мобилизацией скрытых ресурсов, умением найти новую "точку отсчета", что, как правило, оказывается достаточно сложным.

В социодинамической психиатрии возникновение психического нарушения рассматривается в рамках концепции, отличной от обычной концепции болезни. Считается, что каждое психическое нарушение имеет своеобразие, отражающее особенности личности в широком смысле этого слова. Значение социопсихологических и культурных факторов выступает при разных болезнях и нарушениях, в том числе и органических, имеющих различную природу. С ними связана возможность и уровень компенсации, социальная реадаптация и прогноз. Если в этом ракурсе рассмотреть современную диагностику психических заболеваний, можно отметить, что DSM-IV, по сравнению с DSM-III-R, отражает психиатрию, уже менее центрированную на болезнь в узком биомедицинском понимании.

Так, например, в DSM-IV психические заболевания анализируются в качестве феноменов, которые могут быть верифицированы посредством объективного наблюдения. В этом подходе наблюдению придается первостепенное значение в качестве средства верификации. Акцентируется надежность верификации наблюдений и в то же время менее учитывается значимость концепций, теорий, которые направляют эти наблюдения.

Течение психических расстройств оказывается неотделимым от семейных отношений, социальных факторов, развитости медицинской и социальной помощи.

Парадигма социодинамической психиатрии предполагает, что в новых системных классификациях следует отражать социальные, экологические и культурные лингвистические факторы. Каждое общество включает свои стандарты, нормы, девиации и патологии в отношении поведения человека наряду с общечеловеческими значениями.

Отношение того или иного общества к психическому заболеванию также основано на преобладающих традициях и культурных нормах. Психические заболевания диагностируются и лечатся в соответствии с системой и традициями в области медицины и психиатрии, структурой знаний в области психиатрии.

В настоящее время отмечается феномен исчезающих диагнозов, таких, как неврастения и простая форма шизофрении. Эти заболевания выделяются в рамках парадигмы психиатрии, центрированной на болезнь. Поскольку неврастения относится к категории неврозов, подчеркивается ее связь с воздействием психогенных факторов. Клинические проявления неврастении включают ряд признаков: утомляемость, головные боли, снижение концентрации внимания, бессонница, эмоциональная лабильность, истощаемость, раздражительность и др.

Появление таких признаков наблюдается часто в результате воздействия многих факторов и требует всестороннего анализа в каждом конкретном случае.

Хотя в рамках прежней классификации и считается, что причиной неврастении являются психологические факторы, при анализе конкретных случаев развитие тех же признаков практически всегда можно объяснить наличием других, биологических факторов, таких, как, например, артериальная гипо- или гипертензия, психоорганический синдром, наличие хронического инфекционного заболевания, последствия интоксикации, эндокринные нарушения и др. Поэтому отнесение неврастении к отдельной нозологии психогенной этиологии неправомерно.

Простая форма шизофрении относится к исчезающим диагнозам еще и потому, что ее клиническая картина оказывается недостаточно специфичной и трудно объективизируемой.

Простая форма шизофрении диагностируется на основании установления негативных расстройств. Этот процесс носит достаточно субъективный, зависящий от аперцепции, настроенности на диагноз характер. Кроме того, оказывается, что значимые для диагностики признаки могут быть психогенно обусловлены. Специалистами констатируется неодинаковость описания основного синдрома простой формы шизофрении. Его проявления, по мнению разных авторов, включают в себя эмоционально-волевые расстройства, эмоциональную неадекватность, а с точки зрения Случевского эмоционально-волевое снижение идентифицируется с апато-абулическим синдромом. Ряд практических врачей-психиатров также идентифицируют эмоционально-волевое снижение с апато-абулическим состоянием. В связи с этим следует учитывать, что Крепелин, описывая простую форму шизофрении, обращал внимание не только на эмоционально-волевое снижение, но и на наличие эмоциональной неадекватности и избирательности волевого нарушения, что неэквивалентно апато-абулии. Таким образом, если ставить знак равенства между эмоционально-волевыми расстройствами, свойственными шизофрении, и апато-абулическим синдромом, теряется возможность дифференциации шизофрении с органическими поражениями головного мозга, например его лобных долей.

У психиатров отсутствуют достаточные критерии количественных оценок выраженности эмоций и воли. Эмоционально-волевые состояния по-разному расцениваются специалистами в связи с трудностями в объективизации. Приходится часто встречаться с ситуацией, когда один психиатр находит у пациента эмоционально-волевое снижение, другой, имеющий ту же квалификацию, не находит этого нарушения. Диагностика этих состояний осложняется наличием частой профессионально обусловленной идентификации пациента с моделью, описываемой в учебных руководствах, особенно если между врачом и пациентом отсутствует продуктивный контакт. Отсутствие такого контакта само по себе может быть результатом психологических причин, а не проявлением психопатологии пациента.

Снижение внешней активности далеко не всегда признак волевого снижения, оно может быть связано со страхом, недоверием, обидой и др. Внешне это может выглядеть как эмоционально-волевое снижение, и диагноз простой формы шизофрении в данной ситуации может быть легко поставлен, что, к сожалению, часто и происходит.

Многие случаи диагноза простой формы шизофрении в результате оказываются ошибочными, что приводит к серьезным отрицательным социальным последствиям для пациентов. В связи с этим диагноз простой формы шизофрении исключен из DSM-IV. Это не значит, что в психиатрии нет состояний, протекающих с эмоционально-волевым снижением в рамках шизофренического процесса, диагностика которого должна быть всегда крайне осторожной. Следует отметить, что вероятность ошибки при использовании социодинамических подходов меньше, чем при использовании стандартных психиатрических методов.

В социодинамической психиатрии не существует "непроходимых" границ между расстройствами невротического и психопатологического уровня. Существует термин "психические нарушения" (mental disorders), который объединяет невротические и психопатологические феномены, что обусловливается не "игрой" в терминологию, а необходимостью подчеркнуть факт возможного перехода одного состояния в другое. Так, например, пациент может на протяжении определенного времени "продуцировать" невротические симптомы, которые впоследствии могут перейти в другие, более глубокие психические нарушения.

Многие ортодоксальные психиатры считают, что если, например, в более ранний период времени, предшествующий госпитализации пациента, у него было диагностировано невротическое нарушение, а в момент обследования проявляются психопатологические симптомы, это является следствием ошибочной диагностики.

Появление новой, свойственной социодинамической психиатрии парадигмы произошло не сразу. Этому процессу предшествовало накопление фактов, не укладывающихся в биомедицинскую парадигму.

Осознание аномалии может быть началом определенного открытия, которое предполагает проведение исследований в рамках изучения аномалий. Эти исследования могут идти по двум направлениям: или аномалию приспосабливают к существующей парадигме, или, если это не удается, рассматривают полученные явления как интересные, курьезные, но совершенно случайные вещи. В противном случае сама парадигма оказывается под угрозой.

Необходимо учитывать ригидность парадигмы, невозможность перемены в ее структуре или замены ее компонентами Другой парадигмы. Следует помнить, что изучение аномалий открывает новую перспективу видения и новые возможности. Осознание аномалий способствует созданию новых парадигм, так как прежняя способна лишь поверхностно приспосабливаться к новой информации и объективно препятствует развитию принципиально новых подходов.

Специалистам необходимо концептуальное признание новой парадигмы, что может сопровождаться необходимостью применять другие методы, подходы и развивать по существу новую отрасль знаний. При таком подходе специалисты могут встретиться с психологическими трудностями, обусловленными столкновением с непривычными для них явлениями. Более того, нельзя сбрасывать со счетов инерцию мышления, при которой специалист привык думать в рамках определенной, диктуемой парадигмой схемы, особенно, если он находится под

влиянием мнений авторитетов, "солидных" руководств, успехов, связанных с применением парадигмы в прошлом. Процесс творческого осознания аномалии требует усилий и времени и зависит от разных причин, таких, например, как возраст специалистов или их личностные особенности. Нельзя забывать, что парадигма определяет саму схему научного мышления, как бы контролирует его направленность. Человек с большей вероятностью видит в рассматриваемом явлении то, что он ожидает увидеть и на что он настроен заранее. Поэтому некоторые, казалось бы, очевидные и само собой разумеющиеся явления трудно воспринимаются и трудно осознаются. В процессе распознания и осознания аномалии опасно стремление приспособить ее к существующим, привычным схемам, в результате чего теряется основной смысл осознаваемого. Иногда процесс осознания оказывается невозможным в связи с "возникновением угрозы" привычной парадигме, что воспринимается как покушение на табу, проявление "ереси". Эти механизмы мешают развитию науки, создают условия для консервативной ригидности в плане приверженности к определенной парадигме.

Однако следует помнить о том, что к существующим парадигмам не следует относиться односторонне отрицательно. Парадигмы необходимы, они, безусловно, полезны для развития науки, хотя бы потому, что сами аномалии возникают по отношению к чему-то, а не на пустом месте, они "отталкиваются" от основы, являющейся базой для существования определенной парадигмы.

Повторяющиеся или существующие длительное время аномалии, наблюдаемые разными специалистами, проникают достаточно глубоко в сознание людей. Если какая-то область знаний, "работающая" в рамках существующей парадигмы, находится под длительным влиянием аномалий и последние не могут быть поняты в ее рамках, возникает кризис парадигмы.

Кризис возникает тогда, когда проблема, казавшаяся ранее решенной, например, признание шизофрении мозговым заболеванием с органической природой, в действительности оказывается хронически неразрешаемой. Такая ситуация приводит к тому, что стремление доказать правильность парадигмы усиливается, при этом желаемое может выдаваться за действительное. Любая наука основывается на положении, при котором факты должны соответствовать определенной теории. Факты должны подтверждать теорию, а не противоречить ей. Поэтому критическое отношение к теории в соответствии с ее соотнесением к тем или иным фактам является очень важным в плане сравнения наличия соответствий или противоречий между ними. Если такого сравнения не происходит, возникает неадекватная ситуация, заключающаяся в том, что при молчаливом несогласии специалиста с выявленным несоответствием это несоответствие может длиться достаточно долго. В случае же повторения диагностированных группой специалистов несоответствий возникает необходимость изменения теории парадигмы. Это положение подтверждается примером, связанным с научным поиском доказательств органической природы шизофрении. Несмотря на явное фиаско проведенных мероприятий, это явление повлекло за собой усиление интереса специалистов к изучаемой проблеме, что расценивается как положительный момент. Этот факт стимулировал развитие биологических исследований, имеющих несомненное значение для психиатрии, но тем не менее задача оказалась неразрешенной.

Интерес к этой проблеме в мире постепенно уменьшился, хотя в прежнем СССР в Институте психиатрии АМН эти исследования с использованием электронной микроскопии продолжались в течение длительного времени. Кризис парадигмы влечет за собой переход к другой парадигме, которая может сосуществовать с прежней или заменить ее. Смену парадигм в психиатрии отражает динамика классификации DSM между 1952 и 1993 гг.

Первичная причина, обусловливающая необходимость классифицирования психических заболеваний, была связана с необходимостью сбора статистической информации для решения определенных задач.

Опубликованная в 1952 г. DSM-I основывалась главным образом на биопсихосоциальной парадигме, которая исторически связана с именем A. Meyer'a (1866-1950). Впервые в психиатрии появляется термин "реакция". В существующей парадигме доминировала точка зрения, свидетельствующая о том, что любое психическое нарушение является реакцией личности на воздействие биологических, психологических или социальных факторов. Таким образом, классификационная система по своей структуре была не столько описательной, сколько этиологической, так как акцент был сделан на этиологию заболевания. Диагностические категории основывались на причинном факторе в большей степени, чем на проявлениях болезни. Исследователь теории современной психиатрии Wilson (1993), занимаясь биопсихосоциальной парадигмой, отмечал, что существующая граница между психически здоровым и психически больным человеком не является достаточно четкой, так как "нормальные" люди могут легко стать больными, если подвергнутся тяжелому травматическому воздействию. В связи с этим Wilson выстраивает линию "нарастающей тяжести", включающую в себя: норму — невроз — пограничное состояние (в существующем в то время контексте диагностики) и психоз. Исследователь также подчеркивал значимость в развитии психического расстройства раздельного и комбинированного влияния различных вредных факторов среды и психологических конфликтов, обращая особое внимание на необходимость учета психологических факторов в психогенезе расстройства. В биопсихосоциальной парадигме в рамках DSM-I психические нарушения определяются автором не столько как дискретные явления, а в большей степени как общий психопатологический процесс, имеющий разную степень выраженности.

Акцент на значимости в развитии патологии психогенных причин привел исследователей к определенным выводам, касающимся терапии психических расстройств. Признавался факт необходимости использования в лечении не только биомедицинских методов,но и психологических.

DSM-II, опубликованная в 1968 г., чрезвычайно напоминала DSM-I с той разницей, что в ней отсутствовал термин "реакция". Это положение было связано с большим акцентированием внимания на значение в развитии психических расстройств не психологических и социальных, а биомедицинских факторов, т. с. на биомедицинской парадигме.

Возрастание популярности биомедицинской парадигмы обусловливалось появлением психофармакологических лекарств и эффективной терапии маниакальных состояний солями лития. Произошел сдвиг парадигмы по направлению центрирования на болезнь, увеличилось количество биологически ориентированных психиатров.

В 1980 г. была опубликована DSM-III, отличающаяся от предшествующих классификаций тем, что она представляла кульминацию сдвига парадигмы к психиатрии, центрированной на болезнь. В DSM-III-R доминируют психические расстройства, основанные на мозговых заболеваниях. По мнению Spitzer (1991), основной стратегической целью DSM-III является "защита" медицинской модели в ее применении к психиатрическим проблемам. Центрированность на биомедицинскую парадигму сохранилась в DSM-III-R. В 1995 г. Fleck обратил внимание на то, что во главу угла новых классификаций была поставлена психиатрия, центрированная на болезнь, по сравнению с центрированными на психологические факторы DSM-I и DSM-II, базирующимися на психодинамической парадигме. Автор расценивает этот факт как выражение дегуманистической тенденции в американской психиатрии.

В новой парадигме существовало мнение о том, что мозг представляет собой "непластичное" образование, неспособное существенно изменять свою функцию в результате воздействия на организм психологических факторов. Этим утверждением снижалась значимость психологического лечения. Биомедицинская парадигма повлияла на особенности подготовки психиатров в США в период 70-80 гг. с основной ориентацией на использование психотропных препаратов и электросудорожной терапии, как основных методов лечения. Считалось, что определенная аномальность мозга эквивалентна его специфическому болезненному состоянию. Необходимо прежде всего локализовать патологию, так как отдельное психическое нарушение связано со свойственным только ему специфическим органическим мозговым нарушением. В связи с этим перед специалистами стояла задача как можно точнее описать патологию, а позже исследовать анатомию и физиологию явления для точной диагностики болезненного мозгового процесса, отвечающего за выявленный вид нарушений. Заключительный этап включал в себя необходимое биомедицинское лечение.

Таким образом, первым шагом в реализации поставленной задачи было точное описание психического расстройства и соотнесение его с классификацией. Фактически нарушения классифицировались по описанию признаков, этиологические факторы сводились к биологическим. Таким образом, психиатрия начала утрачивать подходы, ориентированные на конкретного человека, так как не предпринималось попыток рассмотреть психические расстройства в связи с особенностями личности и социокультурными условиями.

В DSM-III-R (1987) устанавливался перечень признаков, на основании которого мог быть поставлен "нозологический" диагноз. Психические заболевания, перечисленные в DSM-III-R, были фактически разделены на отдельные нарушения, каждое из которых имело свой набор признаков. В этом содержится основное противоречие DSM-III-R, так как не существует доказательства того, что каждое из приводимых нарушений основано на наличии отдельных мозговых заболеваний. Здесь присутствует гипотетическое положение о том, что со временем эти мозговые патологии будут установлены.

DSM-IV, опубликованная в 1993 г., явилась началом изменения существующей парадигмы. К причинам, повлекшим за собой изменение теории, относятся неудовлетворительные результаты проведенных исследований, пытающихся доказать наличие взаимосвязи специфических мозговых заболеваний с психическими нарушениями, описанными в классификации DSM-III-R. Более того, DSM-IV предлагает учитывать тот факт, что

диагностируемая мозговая патология может быть не только причиной, но следствием психических нарушений.

Следует отметить факт обнаружения различными исследователями связи определенной патологии головного мозга и биохимических нарушений у некоторых лиц, страдающих шизофренией. Это касается выявленных у таких больных увеличения вентрикулярной системы и изменения активности допаминовой системы. Тем не менее, никаких специфических мозговых заболеваний, могущих быть расцененными в качестве причины шизофренических симптомов, не обнаружено. Возможна диагностика увеличенных желудочков без выявления шизофрении и наоборот. Более того, у лиц, страдающих шизофренией, эта аномалия может и не встречаться. Поэтому диагноз шизофрении в DSM-IV основывается только на наличии психопатологических признаков. Следовательно, дискретные психические нарушения не могут быть основой дискретных мозговых заболеваний и наоборот.

В противоположность психиатрии, центрированной на болезнь в рамках подхода, лежащего в основе DSM-III-R, в DSM-IV акцент делается на психиатрически-антропологическом подходе, центрированном на конкретного человека с учетом значимости психологических, социальных и культурных факторов. Эти факторы по всей вероятности, найдут свое большее отражение в последующих классификациях.

Новая классификация разрабатывается с учетом развития транскультуральной психиатрии, области, не нашедшей отражения в DSM-IV.

В связи с этим следует обратить внимание на то, что в последнее время произошло изменение самой концепции культуры. В 1950-1970 гг. культура понималась как присущая обществу и разделяемая большинством его членов система ценностей, верований, отношения к здоровью, болезни, к лечению, к собственному "Я". Такой подход к культуре содержал в себе тот существенный недостаток, что оперировал поверхностным стереотипом обобщений, например, "это типичная характерологическая черта индейцев", или "такая форма употребления алкоголя свойственна ирландцам". В настоящее время считается, что культура включает в себя и в свою очередь создает систему каждодневного опыта: способ коммуникации, принятости в поведении и в системе ценностей, ритуалы социальной жизни. Культура отражается в языке, религии, эстетике и проявляется не только в индивидуальном сознании, но и в особенностях функционирования семьи, производственных отношениях, способах проведения свободного времени, развлечениях.

Такая концепция культуры выходит за пределы прежних транскультуральных исследований проявлений психических нарушений в отдельных этнических группах (шизофрения в странах Центральной Африки, эпилепсия в Танзании и др.) Культура влияет на диагностическое мышление психиатров, концепция болезни отражает социокультуральные влияния. Так, например, в США феномен диссоциации в ряде случаев диагностируется как нарушение личностной идентичности или множественное личностное расстройство. В то же время в Индии диссоциация обычно расценивается как овладение духами или же как медитационное состояние.

Различная диагностика состояний диссоциации в США и Индии отражает различие

эгоцентрической и социоцентрической культур, а также влияние на менталитет американских психиатров работ Пьера Жане и Вильяма Джэймса.

Примером социокультуральных влияний является anorexia nervosa. Это состояние диагностируется в европейских странах, США, Канаде — обществах, где стройность тела оценивается положительно. В то же время на Тайване, в Японии anorexia nervosa практически не диагностируется.

То же самое касается структуры большой депрессии. Главным симптомом ее в западных странах является, как известно, эмоция грусти, тоски. Однако во многих странах лица с большой депрессией не жалуются на грусть, а жалуются на усталость, бессонницу, головные боли. Для них депрессия выражается во многом в физических симптомах, и в результате они первично обращаются не к психиатру, а к врачу-терапевту или невропатологу. Такая соматизация депрессии особенно характерна для восточных культур.

Таким образом, социокультурная парадигма постоянно присутствует в работе психиатра. Жалобы каждого пациента отражают интерпретацию его переживаний, основанную на культуральных категориях. Психиатр также находится под влиянием таких культуральных факторов как, например, требования учреждения, ситуации, в которой он работает: психиатрическое консултирование, работа в трудовой экспертной комиссии, судебно-психиатрическая экспертиза, психотерапевтическое отделение и др. Социальный контекст оказывает постоянное влияние на диагностические подходы.

Глава 2

КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Принятые в обществе культуральные нормы могут быть идеальными, представлять желаемый "модельный" стиль поведения, и реальными. Во многих обществах между идеальной моделью и реальным поведением имеются отчетливые различия.

Стереотипное культуральное поведение представляет определенную модель поведения, свойственную какой-то части населения, для которой характерна повторяемость стереотипов. Стереотипы проявляются в повседневной жизни и во время особых событий, например, праздников. Они выступают в качестве правил, определяющих рамки поведения, принятого в данном обществе во время праздников, торжественных событий и т. д. Такое поведение воспринимается по-разному человеком со стороны, не являющимся членом данного общества, и его "средним" представителем. Сторонний наблюдатель может упрощать смысл происходящих событий, не усматривая в них ничего, кроме позы и лицемерия, а для членов общества стереотипы культурального поведения имеют определенное значение, дающее им возможность релаксироваться, выходить за пределы социальных ситуаций, вызывающих психоэмоциональное стрессирование.

Отклоняющееся культуральное поведение может быть свойственно как какой-то группе в

целом, так и ее отдельным членам. Тип поведения, несоответствующий принятым большинством людей нормам, может вызывать появление у других членов общества выраженной отрицательной реакции. Отклоняющееся культуральное поведение может иметь отрицательные социальные последствия и в других случаях способствовать развитию позитивных изменений в обществе, бросая вызов устаревшим устоявшимся нормам, приводящим к социальной стагнации.

Общество реагирует на людей с отклоняющимся поведением в зависимости от жесткости своей структуры: от обычного ожидания до судебного преследования.

Иногда проблема отклоняющегося поведения искусственно переводится в медицинскую плоскость и таких людей относят к психически нездоровым. Этикетка психического нездоровья дает возможность "оправдать" их поведение в случае необходимости. Например, в случае вызова какой-то общественной структуре, при условии необходимости серьезного анализа ситуации, спровоцировавшей такой вызов, диагноз психического нездоровья инициатора вызова может "решить" заявленную проблему. В этом контексте особую опасность представляет гипердиагностика психических заболеваний и индоктринирование как психиатров, так и общества в целом в плане поиска психической патологии у лиц с неконформистским поведением.

Выделяют гомогенные и гетерогенные культуры. Гомогенная культура характеризуется малой вариабельностью поведения. Гетерогенная — выраженными различиями (например, в различных регионах или среди различных этнических, религиозных групп). В гетерогенной культурой ни один фрагмент общества не может рассматриваться, как отражение тотального общества, что особенно характерно для полинациональных стран, представленных различными культуральными группами разных, в том числе мультирасовых обществ.

Культуральные подходы могут накладывать серьезный отпечаток на поведение людей одной национальности, столкнувшихся с изменяющимися условиями современного мира. Например, иммиграция немецкого населения из Сибири в Германию. Живя в условиях Сибири с существующей в их сознании системой ценностей, они приезжают в Германию, где сталкиваются с совершенно иной системой ценностей. В рамках немецкого общества их поведение, не вписывающееся в общепринятую модель, рассматривается как культуральная девиация. Иногда создаются условия для развития аккультуризационного стресса и нарушений приспособления. Эти изменения относят к изменениям, имеющим место в так называемой "горизонтальной" структуре.

Смена условий "по вертикали", имеющая место, например, в России, характеризуется быстрыми изменениями в обществе в течение исторически короткого промежутка времени. Возникающий в этих условиях у части людей аккультуризационный стресс вызывается такими причинами, как столкновение с новой действительностью, новыми мотивациями, новой системой ценностей; изменившимися проекциями религиозного чувства, непрогнозируемостью развития событий и др.

Возникновение и развитие больших психических расстройств (эндогенных психозов) связано не только с биологическими, но и с социопсихологическими, культуральными

факторами. Культуральные и социопсихологические факторы влияют, например, на содержание и течение психозов. Они могут также провоцировать развитие больших психических нарушений. Ряд факторов подтверждает правомерность этого положения, в частности, более короткое и более благоприятное течение шизофрении в традиционных обществах; данные исследований на однояйцевых близнецах, проведенные на севере Финляндии. У однояйцевых близнецов, воспитывающихся в одной семье, вероятность возникновения эндогенного заболевания значительно выше, чем в условиях раздельного воспитания.

Значение социокультуральных факторов в провоцировании психических нарушений подтверждает положительный опыт домов "на половине дороги", предотвращающих рецидивы развития заболевания в большей степени, чем пребывание таких людей в очевидно дис функциональной семье.

Таким образом, даже при больших психических заболеваниях социопсихологические и культуральные факторы оказывают существенное влияние на течение и провокацию заболевания. Социопсихологические факторы могут иметь и сдерживающее влияние, что показывает положительный опыт семейного консультирования.

В происхождении "малых" психических нарушений психологические и социальные факторы имеют еще большее значение (Пивень Б. Н., 1991).

Влияние культуры на психопатологию происходит различными способами и на разных уровнях. Патопластический эффект культуры на психопатологию проявляется во влиянии на феноменологию болезни. Например, содержание бредовых идей, слуховых и зрительных галлюцинаций выступает в контексте среды, в которой проявляется эта патология.

Депрессия тоже может иметь различные проявления в зависимости от культуральных факторов. Так, человеком, воспитывающимся в традиционной религиозной среде, депрессия воспринимается часто как чувство вины за совершенные им грехи. У другого человека это заболевание может сопровождаться чувством стыда, связанным с невозможностью справляться со своими общественными обязанностями, с работой (существуют общества, в которых депрессия не сопровождается ни чувством вины, ни чувством стыда).

Культуральные факторы оказывают влияние на содержание синдрома. Так, у китайского населения Гонконга, Тайваня, Сингапура нервная анорексия обычно не сочетается с мыслями, связанными с избыточным весом, что отличается от содержания переживаний в западных обществах.

Клиническая картина социальной фобии, встречающейся у японцев, отличается от социальной фобии, описываемой западными психиатрами. Японские психиатры даже предпочитают использовать специальный термин "антрофобия", или фобия межличностного отношения. Причем сравнение описания антрофобии и фобии межличностного отношения не соответствует таковым в DSM-IV.

Культура влияет и на развитие уникальных психопатологий, возникающих только в рамках данной культуры. Широко используется специальный термин "связанное с культурой специфическое психическое нарушение или синдром". Например, такой психопатологический

синдром, как "Коро", встречающийся только в Южной Азии. Это заболевание характеризуется интенсивной тревогой, переходящей в страх. Суть тревоги заключается в боязни смерти, последующей после того, как половой член носителя страха "погрузится" в живот. Проявления этого синдрома могут носить эпидемический характер, проявляясь у многих тысяч людей. Эпидемия вспыхивает очень быстро и часто сопровождается большим количеством смертей. Страх такого содержания объясняется имеющим место роковым истощением энергии янь.

Описаны и другие виды территориальных синдромов тревожности. Например, "Амок", при котором люди совершают многочисленные убийства. "Амок" напоминает индейское состояние "Виндиго", при котором человек идентифицирует себя с мифологическим ледяным скелетом и совершает убийства.

Культуральные факторы оказывают существенное влияние на частоту психопатологии в различных обществах.

Нельзя исключить роль социокультуральных факторов в частоте суицидального поведения в разных странах. Например, высокое количество самоубийств в Литве и Венгрии.

Развитие аддиктивных нарушений во многом определяется социокультурными влияниями.

Социокультуральный психодинамический подход требует от специалиста решения целого комплекса вопросов:

1. Как проблема переживается самим пациентом?

2. Как проблема идентифицируется пациентом?

3. Как пациент представляет проблему?

4. Как проблема понимается врачом?

5. Как проблема диагностируется врачом? Естественно, что эти процессы отличаются друг от друга. Так, например, говоря о проблемах, переживаемых пациентом, следует помнить, что они связаны с внутренним дискомфортом, имеющим место у пациента. Пациент может быть тревожным, подозрительным, чувствовать себя униженным. Эти реакции пациента, проявляющиеся какими-то признаками и являющиеся субъективными переживаниями, не могут быть сколько-нибудь точно измерены извне. Ситуация может осложниться появляющейся возможностью совершения врачебной ошибки из-за часто возникающей проективной идентификации врача, переносящего на пациента собственные переживания. Важно помнить об этом при встрече с пациентом из другой культуры, где способ выражения переживаний может быть другим, что при неадекватной его оценке может также спровоцировать врачебную ошибку.

Частой причиной переживаний пациента является психическая травма. Содержание возникающих по этому поводу переживаний не стандартно, не одинаково для всех. Например, врач считает, что пациент переживает психическую травму, содержанием которой является смерть его родственника, а на самом деле пациент может переживать смерть родственника прежде всего потому, что сам боится умереть от этой же болезни.

Второй пример: пациент, носитель корейской культуры, переживает факт получения

сыном неудовлетворительных оценок в школе. Для него эти переживания носят очень серьезный характер, ибо в рамках этой культуры успеваемости детей придается большое значение, а школьная неуспеваемость является постыдной для родителей. С точки зрения врача, носителя другой культуры, это явление может и не быть расценено, как причина психологической травматазации. Именно поэтому необходимо установление неформального контакта с пациентом с целью проникновения в смысл его переживаний.

Идентификация пациентом своей проблемы связана с идентификацией своего состояния. Этот психологический феномен базируется на таких культуральных факторах, как личность человека, история его жизни, мотивации, системы ценностей и пр. Мысли о себе как о серьезно больном влекут за собой цепь стрессовых реакций: например, боли в области сердца, носящие функциональный характер, пациент идентифицирует как витальную опасность, что приводит к ухудшению состояния. В дальнейшем в случае недоверия со стороны врача могут возникнуть реакции протеста с дальнейшими отрицательными последствиями

Для некоторых пациентов чрезвычайно важен престиж. Они озабочены тем, как они будут выглядеть в глазах врача в момент предъявления ими жалоб. Над ними давлеет необходимость облечь жалобу в форму, производящую впечатление на врача. Это явление, не распознанное врачом, может иметь опасное развитие. Например, депрессивная больная, занимающая высокое социальное положение, озабочена необходимостью постоянно производить положительное впечатление и, несмотря на мучительность своего состояния, собирается с силами и во время разговора с врачом старается подать себя в "красивой" упаковке. Врач, неспособный диагностировать ее депрессию за фасадом ролевого поведения, может оценить состояние такой пациентки как не вызывающее серьезных опасений или установить лишь наличие демонстративности в поведении. Через некоторое время она, казалось бы, "совершенно неожиданно" совершает самоубийство.

Понимание врачом проблемы пациента зависит от целого ряда факторов, таких, как образование, полученное специалистом, и его функционирование в рамках той или иной парадигмы; фиксированность специалиста на определенной проблеме, которой он придает существенное значение; от знаний в сферах, примыкающих к рассматриваемой проблеме; от личностных особенностей специалиста; его общего уровня культуры; психологической сенситивности и культурального осознания специалистом проблемы. Все эти факторы влияют на окончательный диагноз.

К сожалению, до последнего времени не придавалось большого значения культуральной основе специалиста, имеющей особое значение при исследовании пациента, относящегося к другой культуре, с которой специалист не знаком. В данном случае может возникать большое количество недоразумений. Непонимание приводит к формализации контакта, к нарастанию чувства недоверия пациента к специалисту, к неадекватности восприятия.

При возникновении у пациента настороженности, когда он "отгораживается" от врача в связи с культуральными несовпадениями, врач иногда оценивает это явление как проявление негативизма в клиническом варианте (например, как негативизм, свойственный кататоническим проявлениям или эмоциональным расстройствам).

Американский психиатр Tseng (1992), работающий на Гавайях, снимал на видео различные формы взаимодействия между людьми разных культур и демонстрировал запись японским и американским психиатрам. Японские детские психиатры сочли поведение отца, отказывающегося от взаимодействия с дочерью и передавшего эту роль жене, абсолютно правильным и адекватным. А их американские коллеги рассматривали это поведение совершенно по-другому, считая, что такой отец эмоционально "отсутствует", он не включен в систему взаимодействия, что может явиться в дальнейшем источником проблем. В целом поведение такого отца оценивалось ими как неадекватное родительское поведение. Таким образом, одно и то же поведение специалистами разных культур воспринималось неодинаково. Причина этих различий заключается в особенностях перцепции ожидаемого поведения у профессионалов разных стран. Для американских психиатров характерно ожидание, согласно которому отец наравне с матерью должен вступать во взаимодействие с ребенком, включаясь в контакт, в разговор, в игру. А как японские психиатры были абсолютно уверены в том, что эти функции являются прерогативой матери, обязанной обеспечивать разные формы взаимодействия с детьми. Для отца такое взаимодействие не является соответствующим его статусу. Японские психиатры оценивали поведение отца адекватно, что соответствует японской культуре. Рассмотренный пример демонстрирует, что культуральные системы ценностей и верований, свойственные клиницистам, значительно влияют на оценку явлений.

В психиатрии оценка эмоциональных состояний достаточно субъективна и во многом зависит от врача, поэтому здесь возможно совершение большого количества ошибок. Так, например, в некоторых культурах эмоциональные проявления более соматизированны. Поэтому жалобы пациента могут сопровождаться более выраженными соматическими и менее выраженными психологическими реакциями.

Эмоциональная сдержанность как культуральный фактор имеет большое значение, которое нельзя недооценивать. Необходимо учитывать и особенности мышления. Например, психиатры не всегда адекватно оценивают ответы пациентов азиатских культур на поставленные перед ними вопросы. Такие пациенты могут проявлять в ответах уклончивость, расплывчатость, не отвечая конкретно на вопрос "да" или "нет". В данной ситуации специалист должен понимать, что носителям многих культур в принципе не свойственны однозначные ответы. Это положение исторически связано с этикетом и культурой.

Клинический стиль интервью включает восприятие, чувствительность специалиста по отношению к патологии, "знакомство" с тем, как протекает расстройство у человека данной культуры. Стиль интервью оказывает существенное влияние на взаимодействие между пациентом и клиницистом.

В момент интервью следует учитывать, что люди, принадлежащие не только к разным этническим группам, но и к одному и тому же этносу, могут иметь разные уровни социального развития, привычки, стереотипы, зависящие от разных систем ценностей и т.д.

Влияние образования специалистов на диагностику различных психических нарушений прослеживается на следующем примере: одно и то же состояние, диагностирующееся в Японии как социальная фобия, в США диагностировалось, как совершенно другое состояние, проходящее под диагнозом "личностное расстройство типа избегания" или как "тревожное

расстройство без дальнейшей спецификации". В России, например, до последнего времени диагноз социальной фобии не выставлялся. Это состояние диагностировалось как обсессивное состояние или навязчивые страхи. Ряд московских психиатров, например, Шостакович и др. склонны диагностировать лиц, страдающих социальной фобией, как больных шизофренией, так как в обоих случаях наблюдаются боязнь и отсутствие межличностных контактов, аутизм и изменения эмоционально-волевой сферы, связанные с отказом от контактов.

Проблема диагноза как финальный шаг включает в себя нахождение клинической "ячейки" для диагноза, что находится под влиянием таких факторов, как:

1. Профессиональная ориентация психиатра, связанная с полученным образованием, приверженность к той или иной парадигме в психиатрии. Например, в 70-х годах пациенты с одними и теми же симптомами в психиатрических больницах США и Соединенного Королевства диагностировались по-разному. В США пациенты чаще диагностировались как страдающие шизофренией, а в Соединенном Королевстве они рассматривались как пациенты, страдающие аффективными нарушениями. Для изучения сути этого явления производилась видеозапись поведения группы пациентов с психическими нарушениями в динамике, в разных ситуациях — в палате, в беседе с врачом, в общение друг с другом. Полученные данные были представлены психиатрам Нью-Йорка и Лондона. Несмотря на то, что симптомы нарушений распознавались специалистами разных стран одинаково, их диагнозы оказались различными. Британские специалисты обнаруживали четкую тенденцию к диагностике у пациентов аффективных психозов, а их коллеги из США у этих же пациентов диагностировали шизофрению. Это явление было связано с тем, что в это время американские психиатры придерживались значительно более широкой концепции шизофрении, в то время, как британцы ориентировались на более суженное понятие этого заболевания. Этот же феномен свойственен и специалистам России. Так количество больных шизофренией в Москве превышало количество больных шизофренией, диагностированных в Санкт-Петербурге.

2. Используемая система классификации, сама классификация настраивает специалиста на установление диагноза, который легче "вписывается" в рамки используемой классификации.

3. Диагноз зависит и от последствий, возникновение которых прогнозируется специалистом в случае установления им определенных психических нарушений. В любой ситуации клиницист должен принимать во внимание последствия "этикетки" психического расстройства, влияющие на пациента и его семью. Нельзя не принимать во внимание, что диагноз шизофрении приведет пациента к серьезным последствиям, связанным с изолированностью от общества, с закрытием для него многих путей реализации, связанных с обучением, работой, изменениями в семейных отношениях и межличностных контактах. В разных обществах это явление имеет свои способы выражения. Например, в Японии диагноз психического заболевания имеет более тяжелые последствия, чем в европейских странах. Человек, диагностированный как психически больной, сталкивается с отчуждением и встречает в лучшем случае понимание только со стороны социальных структур, но не среди населения. Поэтому пациенты боятся и стесняются диагноза психического заболевания, сталкиваясь с неприятностями на работе, вплоть до увольнения и невозможностью осуществить свои матримониальные перспективы. Наличие в японской семье больного психическим

заболеванием сказывается и на последующих поколениях. Если окружающие знают о наличии в семье психически больного, они будут ограничивать контакты с членами такой семьи. В связи с этим статистика психических заболеваний в Японии не отражает истинного состояния, так как в подобных случаях часто ставятся диагнозы малых психических нарушений, таких, как неврастения, нарушения приспособления и кратковременные расстройства, связанные с соматической патологией.

Таким образом, клинический диагноз представляет собой сложный динамический процесс, на который оказывают существенное влияние социокультуральные факторы, касающиеся как пациента, так и врача. В связи с этим важно осознавать степень влияния этих факторов на каждом этапе взаимодействия между пациентом и врачом.

В клинической концептуализации проблем пациента парадигма заболевания, в которой работает врач, имеет большое значение. Например, биомедицински ориентированный психиатр обучен диагностировать заболевания мозга. Психоаналитик диагностирует проблему пациента в рамках другой парадигмы. Народный целитель также интерпретирует явления в структуре признаваемой им парадигмы. Для медицински ориентированного психиатра характерно описывать патологическое состояние с медицинской точки зрения с учетом этиологии, динамики и предполагаемого исхода. Это стандарты, оказывающие большое влияние на работу психиатра и обязывающие его выделять стадии развития болезни и акцентировать внимание на существовании линейной зависимости в течении болезни. Эта зависимость исходит из того, что заболевание должно прогрессировать согласно линейной схеме (например, стадии развития гипертонической болезни). Психиатры в рамках биомедицинской концепции могут рассуждать примерно следующим образом: "Если у пациента шизофрения диагностируется в течение 15 лет, а дефекта, который должен был согласно линейной схеме обязательно сформироваться, нет — значит это не шизофрения".

Второй пример: пациент с детства страдает алкоголизмом. С точки зрения психиатра прогноз состояния такого пациента плохой. Такая точка зрения имеет право на существование, но не как единственно правильная. Длительность и тяжесть состояния пациента являются не единственными факторами, влияющими на прогноз. Алкоголизм может протекать по-разному в зависимости от многих факторов, но негативная схема развития с однонаправленно плохим результатом доминирует в сознании специалиста, что, в свою очередь, отражается на пациенте, который интуитивно чувствует отношение специалиста к себе. Такого рода суждения, основывающиеся на убеждении в том, что "стадийность" и обязательное ухудшение состояния больного являются законом, приводят к формированию схематичного негативного мышления.

Субъективное восприятие заболевания пациентом и оценка болезни врачом могут резко отличаться друг от друга с точки зрения культурального подхода. Односторонне биомедицински ориентированный врач исходит из того, что заболеванию свойственна универсальность, хотя при более глубоком рассмотрении это положение требует коррекции.

На диагностику заболевания влияет и характер вопросов, связанных с языком, которым пользуются пациент и врач. Специалисту кажется, что он говорит с пациентом на одном языке, что может быть далеко не так. Использование врачом специфических выражений может быть непонятным для пациента, который даже обычные выражения может воспринимать

специфическим образом, "схватывая" в них что-то более привычное для себя. Пациент может делать вид, что он якобы понимает врача, стесняясь признаться в обратном. Язык, на котором говорит пациент, также может быть не совсем понятным для врача, если он не знаком со средой пациента, с его системой убеждений, верований, принятых выражений.

Глава 3

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В исследовании влияния семьи на пациента не следует ограничиваться изучением только родителей. Необходимо учитывать роль и других членов семьи (в так называемой расширенной семье).

Информация о пациенте, исходящая от членов семьи, является чрезвычайно важной. Члены семьи, как правило, сообщают о пациенте информацию, отличающуюся от информации, предоставляемой пациентом, которая является неполной и недостаточно достоверной, проходя сквозь призму его нарушенного психического состояния.

Семья должна приниматься во внимание специалистами и при выписке пациента из стационара. Информация о том, что представляет собой заболевание, подготавливает членов семьи к адекватному восприятию состояния пациента, настраивая их на определенную его аперцепцию. Такое восприятие может совпадать или не совпадать с их собственными представлениями о заболевании, а может и усиливать эти представления.

Современные исследователи семьи характеризуют ее как основную социокультурную единицу, посредством которой из поколения в поколение передаются традиции, подходы, привычки и отношения. При этом следует понимать возможность анализа семьи как комплексного образования в нескольких направлениях:

1. исследования членов семьи;
2. исследования субсистем семьи;
3. исследования жизненного цикла семьи;
4. исследования взаимодействия семьи как группы с другими группами;
5. исследования семьи как полной системы. Исследования отдельных членов семьи включают в себя фокусировку внимания на личности, на ее психологии, на поведении каждого из членов семьи. Семья рассматривается как аккумулированный результат поведения всех ее членов. Семья как целое состоит из членов, которые в совокупности создают качественно новую функцию семьи. Взаимодействия отдельных членов семьи могут быть очень разными. Например, нормальное, функциональное взаимодействие родителей и детей является благоприятным для развития каждого из членов семьи. Здесь создаются более благоприятные условия для реализации своего потенциала, духовного развития, в отличие от обстановки дисфункциональной семьи. Возможны и другие варианты взаимодействия.

Примером целесообразности учета такого подхода может быть анализ образа Лауры в "Стеклянном зверинце" Т. Уильямса. Героиня внутри своей семейной системы живет в нереальном мире фантазий, что может быть квалифицировано как серьезное психическое заболевание, например, шизофрения. В то же время понимание роли Лауры в семье, ее интеракций с матерью и братом, подтверждает необходимость такого поведения с целью сохранения баланса в семье. Возникшее напряжение во взаимоотношениях членов семьи снимается и контролируется присутствием и поведением Лауры. "Принимая огонь на себя", она препятствует распаду семьи. Таким образом, сохранение единства семьи является неосознаваемой Лаурой целью, реализуемой ею в характере своего поведения. Лаура является одним из патологических "симптомов" своей дисфункциональной семьи.

Такой сдвиг от изучения патологии индивидуума к изучению внутрисемейных межличностных отношений — не просто иной способ изучения патологии, а новая концепция патологии, расширяющая границы традиционного диагностического мышления.

Изучение субсистем семьи подразумевает анализ отношений между супругами, родителями и детьми, сиблингами. Анализируются межличностные отношения, эмоции, роли, которые играют члены субсистем по отношению друг к другу, конфликты, возникшие между членами субсистемы.

Исследование жизненного цикла семьи включает в себя анализ семейных событий, таких, например, как рождение, взросление, воспитание детей, уход детей из дома.

Изучение семьи как сравнительно изолированной группы предполагает учет вида иерархии в семье, способов осуществления коммуникации, ролевого поведения. Изучаются взаимодействия семьи с другими социальными структурами, оценивается выполнение семьей конкретных жизненных задач, поведение семьи в ситуации стресса, использование ею социальных и других ресурсов сопротивления стрессу, опыта других семей и своего собственного прошлого опыта.

Исследование семьи как системы основывается на теории систем, согласно которой семья воспринимается как существующая в системе единица, включающая в себя интрапси-хические, межличностные, внутрисемейные и экстрасемейные события и перспективы, взаимодействующие между собой как целостная система.

Изучение семьи должно включать в себя необходимость учета культуры добрачных сексуальных отношений. Подходы к добрачным отношениям варьируют в различных культуральных группах, даже живущих недалеко друг or друга. Отношения различных поколений к добрачным связям могут изменяться с течением времени, что может способствовать возникновению конфликтов

Hoebel (1972), исследуя отношения к добрачным сексуальным связям в Европе и в США показал, что большинство респондентов акцептирует добрачные сексуальные отношения, не возражая против них и не давая им отрицательных оценок. Из этнографического атласа Murdock (1967) следует, что из опрошенных 863 семей 67% не возражали против добрачных сексуальных отношений. Пермиссивные общества, допускающие такие отношения, находятся в тихоокеанской зоне. Рестриктивные общества, ограничивающие эти отношения, расположены в

бассейне Средиземного моря. Учет этих факторов необходим при анализе возникающих у пациентов скрытых стрессовых состояний как реакций на нарушение ими запретов на добрачные отношения. Эти состояния проявляются по-разному и способствуют возникновению таких нарушений, как нарушения приспособления и декомпенсация некоторых личностных расстройств.

Существуют общества, в которых браки ранжируются родителями, предварительно заключающими добрачные контракты. К таким обществам относятся некоторые восточные страны и некоторые страны бывшего СССР. В Китае, например, брачные контракты заключаются еще до появления детей на свет. Описан случай, когда родители маленькой девочки на Тайване, облачив ее в традиционный свадебный костюм красного цвета, отправили для проживания и воспитания в дом будущего мужа. Девочка росла вместе с будущим "женихом". Жених и невеста воспитывались как сиблинги с получением возможности пережить длительный период интимных контактов с инцестным табу. Современные исследования, проведенные Wolf (1966) на Тайване, свидетельствуют о том, что большинство "женихов", воспитывающихся в аналогичных условиях, в дальнейшем не хотели жениться на невестах, напоминающих им сестер. Более того, у этих "женихов" диагностировались психологические проблемы, препятствующие их вступлению в брак вообще. Эти молодые люди, поддерживая с псевдоневестами дружеские отношения, вступали в брак с другими женщинами, часто посещали проституток и вступали во внебрачные сексуальные отношения. Таким образом, диагностированные нарушения включали в себя, с одной стороны, тенденцию к промискуитету, а, с другой стороны, затруднение сексуальной ориентации с неуверенностью в себе.

В семейных субсистемах прежде всего выделяют субсистему муж — жена. С психологической точки зрения целью брака, по мнению Lidz (1974), является получение безопасности, которую обеспечивает брачный союз, облегчающий жизнь партнеров посредством получения ими сексуального удовлетворения, удовлетворения от рождения и воспитания детей и других способов взаимодействия друг с другом. Основная природа брака состоит в реализации этических и моральных ожиданий, посредством которых достигается определенное членство партнеров в обществе с получением возможностей удовлетворить биологические, психологические, социальные и экономические требования. Брачные отношения могут рассматриваться или как обязательный контракт на длительный период, или как функциональное образование, основанное на взаимном удовлетворении потребностей и отношений. Если эмоциональные потребности и отношения не удовлетворяют друг друга, супруги могут разорвать эти отношения.

В области клинической психиатрии и патологической психологии многие лица с психическими нарушениями традиционно описывались и понимались как лица, которым присуща та или иная индивидуальная психическая патология. При рассмотрении семьи в целом, эти расстройства следует квалифицировать в контексте семьи. Всякое нарушение, возникающее у отдельного члена семьи и имеющее индивидуальное проявление, вместе с тем представляет собой определенный признак, отражающий психическое неблагополучие семьи, которое могло существовать до возникновения этого нарушения, или служить проявлением тотальной психопатологии всей семьи. Индивидуальная психопатология, в частности, отражает

патологическое функционирование целостной семьи. Более тщательные исследования позволяют диагностировать комплекс дисфункциональных отношений в семье, которые нуждаются во вмешательстве для их устранения. Например, психосоматические расстройства члена семьи позволяют установить связь этих расстройств с характером повседневной жизни пациента в семье. В таких случаях, как правило, диагностируются ригидность отношений, хронический стресс и внутрисемейные конфликты.

Если у кого-то из членов семьи развивается психическое нарушение, оно в той или иной степени передается другому члену семьи и, таким образом, один член семьи "заражает" психическим расстройством другого, что может проявляться такими клиническими признаками, как диссоциация, конверсионные расстройства, подозрительность, психоэмоциональное напряжение, бредовые проявления и др. Анализ описываемого контагиозного феномена у одного из членов семьи свидетельствует о том, что возникновение психического нарушения у него является вторичным. Иногда такая диагностика бывает возможной только в результате длительного наблюдения в условиях разъединения членов семьи, в результате которого первичные психические нарушения не проходят, а вторичные, индуцированные у другого члена семьи, обусловленные влиянием "истинного" больного, через какое-то время исчезают. Процесс, затрагивающий двух членов семьи, носит название "болезнь двоих". В случае включения в этот процесс большего количества людей используется термин "семейное безумие". Наибольшее количество такого рода индуцированных контагиозных психических нарушений, включающих в себя 103 случая, проанализировал Granlick (1942).

Gregory (1959) описал ситуацию передачи таких нарушений от мужа к жене и наоборот. Waltzer (1963) приводит казуистические данные, описывая психотическую семью, в которой заболевание, возникшее у одного члена семьи, индуцировало болезнь у 12 членов семьи. Tseng (1969) описал параноидную семью на Тайване, в которой брат индуцировал бредовыми идеями преследования свою сестру, "передавшую" индуцированные у нее симптомы своему мужу, с последующим индуцированном пяти детей. Описан случай возникновения бредовой идеи преследования у тайваньского мужчины по отношению к находящимся в подполье коммунистам. Появлению таких симптомов способствовали реальные стрессы, имевшие место в жизни больного, такие, как кража, отсутствие возможности устроиться на работу, соматические недуги. Появившиеся идеи преследования индуцировались всеми членами семьи, считавшими окружающих опасными и принимавшими необходимые меры для самозащиты.

Исследования обнаруживают наличие преморбидных особенностей у членов семьи, предрасполагающих их к развитию индуцированных психотических состояний. К этим преморбидным особенностям относятся: определенные биологические детерминанты; наличие между членами семьи сильных эмоциональных связей, обеспечивающих их привязанность друг к другу; наличие стрессовых ситуаций.

Существующие в семье эмоционально стойкие связи способствуют возникновению у ее членов стремления к семейному единству,, желания разделять семейные невзгоды между собой, быть ближе друг к другу. Тем не менее, в таких семьях могут создаваться условия для возникновения индукции психотических нарушений. Индукция чаще развивается, если заболевает член семьи, имеющий особый авторитет, связанный с возрастом, с

интеллектуальным превосходством, а привычно сложившаяся система внутрисемейных отношений способствует тому, что все члены семьи доверяют заболевшему и, в какой-то степени, зависят от него.

Влияние семейного фактора прослеживается при индуцировании не только бредовых расстройств, но и других нарушений, в частности, социальной фобии.

Социальная фобия характеризуется стойким иррациональным страхом контакта с другими людьми, при котором человек старается избежать ситуаций, представляющих для него потенциальную угрозу. Некоторое время назад это расстройство не диагностировалось или терялось в массиве различных навязчивых страхов. В настоящее время выделяют общества и социальные структуры, в которых социальная фобия возникает чаще, чем в других (Kitanishu и Tseng 1989). В Японии социальная фобия диагностируется как страх боязни людей, возникающий прежде всего среди лиц молодого и особенно подросткового возраста. Причиной расстройства является свойственная этому возрасту озабоченность, связанная с впечатлением, которое производит подросток на окружающих. Озабоченность приводит к страху перед близким контактом, к опасению вербализовать свои мысли не тем тоном, не с тем выражением лица, с чрезмерным эмоциональным выражением и пр.

Анализ социальной фобии в Японии позволил сделать заключение о том, что это расстройство развивается у "чрезвычайно чувствительных", рефлексирующих лиц, дискриминированных и лишенных чувства доверия в семье. Имеет значение наличие факторов, вызывающих социально негативную оценку семьи. К таким порицаемым окружающими чертам относится социальный неуспех, развод родителей и все те ситуации, которые снижают самооценку детей и делают их чрезмерно чувствительными к оценке окружающими.

В благоприятной обстановке, свойственной функциональным семьям, развитие социальной фобии маловероятно.

Семейными факторами, предрасполагающими к возникновению социальной фобии, являются вербальные и невербальные ошибки коммуникации, подрывающие доверие ребенка к эффективности его общения с другими людьми. Например, общаясь с пришедшими гостями, ребенок пытается социализироваться путем разговора с ними, пытается каким-то образом проявить себя. Подчеркивание родителями неадекватного, с их точки зрения, поведения ребенка будет способствовать развитию у него в дальнейшем социальной фобии.

Специалистами чаще декларируется, чем исследуется значение семейных отношений в возникновении невротических нарушений. Это приводит к тому, что исследований, посвященных этой проблеме, очень мало. Xu, Cui, Tseng и Hsu (1988), исследуя женщин с "невротическими" депрессиями, обнаружили у них, в отличие от контрольных групп женщин такого же возраста, "меньшую спаянность" их семей. Респонденты, недовольные взаимоотношениями в семьях, считали их плохим образцом адаптации. Исследователи пришли к выводу, что для китайцев дисфункциональная семья выступает как стрессовый фактор, влияющий на развитие депрессии. Отсутствие ощущения защитной функции семьи предрасполагает к сниженному настроению. В то же время авторы пришли к выводу о том, что низкая спаянность семьи в большей степени коррелирует с развитием депрессии, чем с

развитием тревожности. Такие пациенты предъявляют жалобы неврастенического характера.

Изучение роли семьи в возникновении нарушений, связанных с приемом пищи, показало, что такого рода нарушения встречаются в семьях с расплывчатыми границами в субсистемах "родитель — родитель" или "родители — дети". Для этих семей характерны сверхпротективность; желание контролировать все, что возможно и невозможно; ригидность — невозможность смены стереотипов, застревание на них; неумение разрешать конфликты с прямым или косвенным включением взрослых детей.

Johnson и Flach (1985) пишут о том, что пациенты с булимией характеризуются измененным восприятием собственных семей, воспринимающих семьи как малоспаянные, не стимулирующие независимость своих членов. Например, родители, с одной стороны, стремятся к тому, чтобы их дети были зависимыми, а с другой — проявляют по отношению друг к другу определенную зависимость и доминирование. Характерен высокий уровень конфликтности, наряду с частым подавлением отрицательных эмоций.

Авторы обращают внимание на то, что анорексия у детей, воспитывающихся в таких семьях, связана со стремлением к самовыражению, при котором ребенок таким образом старается демонстрировать себе и родителям свою волевую и эмоциональную состоятельность. Ребенок относится к голоданию как к героическому поступку, заслуживающему признания.

Транскультуральные исследования, посвященные изучению влияния социоэкономической ситуации в стране на голодание и переедание показывают, что расстройства, связанные с едой, чаще возникают в развитых обществах с высоким уровнем благосостояния своих членов и значительно реже возникают в неразвитых районах, испытывающих большую экономическую нужду. Нехватка продуктов питания, свойственная экономически неразвитым странам, приводит к меньшей фиксации населения на переедании и голодании. Так, например, в Сингапуре, на Тайване и Японии до Второй мировой войны практически не наблюдалось лиц с избыточным весом. С улучшением экономической ситуации в этих странах количество лиц с избыточным весом, пренебрегающих физически активным образом жизни, резко возросло.

Доказано влияние культуральных факторов на формирование определенной установки лиц со стремлением к перееданию.

Это оказывается обусловленным положительной оценкой избыточного веса, являющегося, с культуральной точки зрения, признаком красоты, здоровья и благополучия. Многим культурам свойственна противоположная тенденция, стремление следовать ориентирам на модели, исключающие полноту. В этих культурах более вероятны случаи хронического ограничения приема пищи, когда патологическая потеря веса считается достижением.

Современная семейная психиатрия при оценке болезненных расстройств рассматривает в качестве причины расстройства не влияние отдельных личностей, а семью в целом как основного носителя психопатологии, исходя из принципа, что целое всегда больше, чем сумма его отдельных составляющих. То есть, члены семьи, состоящей из нескольких человек, соединяясь вместе, функционируют как новая единица с определенными взаимоотношениями. Эта система является результатом интеракций, без которых ее существование невозможно. Каждый член семьи внутри этой системы приобретает новые качества.

Особое значение для формирования предрасположенности к развитию психических расстройств в семье имеет феномен взаимоисключающего принуждения (double-bind), который может быть охарактеризован на следующих примерах.

Подросток, эмоционально тесно связанный с матерью, получает от нее "послание" о том, что он должен очень хорошо учиться. Это воспринимается им как стимул к обучению. В ответ на сообщение сына о том, что он идет в библиотеку мать "выдает" резко отрицательную реакцию, исключающую первое послание и сопровождающуюся словами: "Как ты можешь уходить из дома, ведь ты проводишь со мной так мало времени".

Второй пример. Отец говорит дочери о том, что он ее очень любит. Дочь, ориентируясь на его вербальное признание, стремится подойти к нему, приласкаться, но он отстраняется от нее. У дочери возникает состояние внутреннего напряжения и недопонимания.

Третий пример. Мать, рассерженная чем-то, испытывает к плачущему ребенку резко негативные эмоции. Но в процессе приближения к нему ее охватывает чувство вины в связи с ее отрицательными эмоциями. Не в состоянии подавить их, она внешне проявляет к ребенку чувство любви, нежности, заботы и ласки. В такой ситуации ребенок воспринимает два "послания". С одном стороны, он чувствует, что мать его не любит, а, с другой стороны он сталкивается с демонстрируемой матерью нежностью. Ощущение фальши провоцирует развитие у ребенка состояния неопределенности и тревожности.

Обстановка, насыщенная взаимоисключающими принуждениями приводит к тому, что ребенок, вырастая, плохо разбирается в общении с людьми, не зная, чего от них ожидать. Такое воспитание способствует развитию подозрительности, неуверенности, приводит к стремлению быть социально изолированным.

Феномен взаимоисключающего принуждения присутствует в структуре нарциссических отношений в семье. Так, у жены с выраженными нарциссическими особенностями появляется неудовлетворенность и внутреннее раздражение в связи с несоответствием мужа престижному сценарию. Она выражает свои эмоции упреком: "Ты не активен, не на высоте требований, не успешен. Ты должен добиваться успеха". Такое вербальное послание воспринимается мужем, и он начинает добиваться успеха. Однако вскоре такое поведение мужа перестает устраивать жену, усматривающую в этом элемент конкуренции. Так как это чувство носит не вполне осознанный характер, она проявляет косвенную агрессивность, используя разные методы "подрывной деятельности", переключая внимание мужа на действия, фактически препятствующие успеху. У мужа в результате возникает ощущение спутанности.

Рассмотрению семейной структуры психически больных пациентов с позиций изучения наличия в этих семьях явления созависимости до сих пор не уделялось достаточного внимания. Феномен созависимости хорошо разработан и проанализирован на модели аддиктивного поведения. В то же время созависимость проявляется и в других нарушениях, выступая, например, в рамках соаддиктивных расстройств, при которых речь идет о взаимодействии друг с другом нескольких людей, страдающих аддикциями.

Созависимость может рассматриваться и как форма болезни и как аддикция, выходящая за пределы химических и нехимических аддикций. Созависимость — это аддикция отношений у

личностей с расстройствами избегания, зависимых личностей, в семьях больных психическими заболеваниями.

Первым вариантом стратегии, использующимся при созависимости, является контроль. Рассмотрение созависимости в рамках алкогольной модели невозможно без акцента на существующей в ней стратегии контроля.

Стратегия контроля осуществляется созависимыми людьми в семьях психически больных и выглядит следующим образом. "Здоровые" члены семьи, получив информацию о том, что кто-то из членов семьи является психически больным, берут на себя функции контроля над поведением больного. Этот контроль может быть достаточно жестким. Роль контролера часто очень устраивает члена семьи, придавая особый смысл его жизни. Контроль, осуществляемый над пациентом, приводит к тому, что различные виды его деятельности, не имеющие к патологии никакого отношения, а связанные с его обычными мотивациями, начинают контролироваться и осуждаться в случае несовпадения поведения больного со схемой, существующей в сознании контролера.

Контроль характеризуется подозрительностью, сопровождающейся вопросами типа: "Где ты был? С кем общался? Что ты делал?". Такой контроль имеет отрицательные последствия для всех членов семьи, провоцируя возникновение отрицательных чувств как у пациента по отношению к контролеру, так и наоборот. Возникает замкнутый круг взаимного негативизма. Контроль приводит к усилению аутизма и поведенческой пассивности больного. Возможна также провокация агрессивности больных, актуализация параноид-ных реакций.

Родители больных шизофренией, узнав о том, что для таких больных характерно отрицательное отношение к близким, находятся в постоянном поиске такого отрицательного отношения к себе, фиксируя на этом свое время и внимание.

Кроме того, специалистам следует помнить о том, что амбивалентные межличностные отношения могут быть признаком нормы, а не патологии. "Выискивание" патологии в амбивалентности способно значительно ухудшить межличностные отношения.

Вторым вариантом стратегии, использующимся при созависимости, является протекция — защита, тесно связанная с контролем. В семье больного шизофренией эта защита часто проявляется в том, что пациента защищают от возможных последствий его активного поведения. Пациента защищают таким образом, чтобы он не имел возможности активно общаться с окружающими, так как это может подорвать авторитет и престиж семьи. Защита может проявляться и в ограждении пациента от выполнения производственных, академических и других функций. В данных ситуациях специалисты и члены семьи действуют как члены одной команды, например, в случае согласованного обеими сторонами принятия решения о том, что пациенту лучше в течение определенного времени не работать и не учиться. Основания для принятия такого решения трудно объяснимы, так как сколько-нибудь убедительные данные об отрицательных последствиях работы и учебы для течения эндогенного заболевания отсутствуют. Наоборот, приводятся сведения о том, что использование творческого потенциала эндогенного больного приводит к улучшению его состояния. Даже кататонические рудименты могут преодолеваться в процессе творческой работы. Члены семьи,

подхватывая идею необходимости отказа от работы и учебы, способствуют этому стилю поведения, будучи неосведомленными о том, что такая стратегия пойдет пациенту только во вред.

Проблемы пациента, связанные с патологией его волевой функции при эндогенном заболевании, только усиливаются за счет того, что его ставят в рамки необходимости выполнения стратегии пассивности, в результате использования родственниками стратегии протекции.

К проблемам, свойственным семье психически больного, относится проблема брака. Если у взрослого сына или дочери наступает ремиссия, выздоровление, то осуществление стратегии контроля приводит родителей к решению о необходимости реализовать матримониальные перспективы. Это желание родителей, как правило, основано на их страхе, что их сын или дочь никогда не женятся или не выйдут замуж. Поэтому при появлении первой же возможности следует ее реализовать. Так как лица с эндогенными нарушениями, будучи интровертированными, с трудом вступают в межличностные контакты, выбор в вопросах, связанных с решением создания семьи, за них часто делают родители. Для таких брачных контрактов родителями часто выбираются люди, желающие доминировать, контролировать и интуитивно чувствующие, что в предстоящем браке их желания могут реализоваться. Осознание партнером собственных преимуществ, в сравнении с нездоровым партнером, может импонировать будущему контролеру. Родителей эта ситуация тоже устраивает, так как у них, наконец, появляется возможность передачи будущему члену семьи надоевших им функций контроля и защиты. При таком выборе родители осуществляют стратегию молниеносности заключения брачного контракта по причине опасения возможной негативной активности больного и ухудшения его состояния. Родителями демонстрируются положительные качества больного с искусственным созданием ситуаций, скрывающих его отрицательные качества. В случае первых проявлений негативных характеристик больного контакты с предполагаемым брачным партнером временно прекращаются по инициативе родителей.

В алкогольных семьях контроль имеет несколько иную специфику. В нем отсутствует эмоциональность, он более формален. Достаточной эмоциональной поддержки алкогольный аддикт не получает. На этот фон наслаивается взаимоисключающее принуждение.

Значение семейных факторов при эндогенных заболеваниях нельзя недооценивать. Сарториус, например, подчеркивал, что в малоразвитых обществах больные шизофренией имеют лучший прогноз. Одной из причин этого факта является более выраженная в этих обществах семейная, клановая поддержка больных. Исследования, проводимые в Пекине, подтверждают, что у пациентов с выраженными психическими нарушениями, участвующих в социальных и профессиональных активностях, наблюдается более благоприятное течение заболевания, чем у пациентов, проходящих терапевтическое лечение в больницах.

Австрало-новозеландская модель семейных отношений подтверждает, что лечение больных психофармакологическими препаратами в домашних условиях с посещением врача более эффективно, чем госпитализация таких больных. Использование этой модели в лечении пациентов, страдающих эндогенными заболеваниями, привело не только к большему лечебному эффекту, но и к экономической эффективности, связанной с разгрузкой

психиатрических стационаров. Пациенты, длительно лечившиеся в психиатрических стационарах в Англии, и затем переехавшие в Австралию и лечившиеся согласно местной модели, отмечали ее большую, по сравнению с английской моделью, эффективность. Это подтверждалось специалистами и было убедительно продемонстрировано на Всемирном Конгрессе по психиатрии Всемирной Федерации психического здоровья в Дублине (1995).

Отмечено, что лица, страдающие шизофренией и живущие в расширенных семьях, включающих в себя несколько поколении родственников, имеют лучший прогноз, связанный с получением такими больными дополнительной заботы со стороны многочисленных родственников, не входящих в круг "ядерной" семьи. Ядерным членам семьи мешает проявлять необходимую заботу о больном контроль, связанный с их созависимостью, тогда как родственники расширенных семей этой созависимости не имеют. Дополнительные члены семьи стараются уменьшить социальный уход больного в себя и его изоляцию.

Целесообразным для больных эндогенными заболеваниями считается прохождение социальной реабилитации в домах гостиничного типа, что является чрезвычайно полезным для таких пациентов. В этих "домах на половине дороги" пациенты участвуют в профессиональной деятельности, в самообслуживании, восстанавливают навыки самодостаточности. При реализации этих навыков в домашних условиях трудно избежать столкновения больных с явлением созависимости, с контролем. Временно проживая в таких домах, пациенты выезжают на работу, посещают общественные места, вызывающие их интерес, за исключением возможности посещать свой дом, чтобы не попасть под влияние контролеров, так как влияние семьи может быть не только положительным, но и отрицательным. Семейная поддержка, превратившаяся в созависимость, вредна для пациента.

Глава 4

ЗНАЧЕНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ.

Социодинамическая психиатрия, рассматривая различные формы психических нарушений, придает существенное значение исследованию глубинного аспекта интерперсональных взаимоотношений. С этих позиций существующее определение психиатрии, как науки, изучающей нездоровые межличностные отношения и связанные с ними нарушения эмоций и идей, приобретает новое содержание. Согласно теории межличностных отношений считается, что большинство психиатрических проблем является результатом проблем, возникающих у пациента в его отношениях с самыми значимыми для него людьми. Это положение касается прежде всего непсихотических психических нарушений, но применимо и к психотическим расстройствам.

Травматические межличностные отношения могут возникать в разные временные интервалы раннего и позднего детства, а также настоящего периода жизни пациента. Обычно имеет место их совокупное влияние на возникновение нарушений. Остающийся в подсознании прошлый опыт оказывает влияние на восприятие травматического опыта, имеющего место в

настоящем или сравнительно недавнем прошлом человека. Сквозь призму прошлых психических травм лучше понимается столкновение с настоящими проблемами пациента. Возникновению эмоциональных нарушений чаще всего способствуют проблемы в интимных отношениях, в отношениях с родителями, супругами, сиблингами, родственниками, друзьями и коллегами по работе.

С точки зрения психиатрии межличностных отношений, любое психическое заболевание должно рассматриваться, как результат всего комплекса травматических переживаний, имеющих место в жизни пациента. Используя метафорическое сравнение, психические нарушения напоминают дерево, питающееся посредством глубоких и поверхностных корней.

Изучение межличностных отношений невозможно без осознания значения сознательных и подсознательных переживаний, находящихся в состоянии постоянного взаимопроникновения. Даже психические заболевания, вызванные органическими причинами, такими, как церебральный атеросклероз и пр., возникают на базе специфических компонентов в личностной структуре.

Существующий до момента возникновения заболевания личностный компонент во многом определяется травматическими межличностными отношениями, и в то же время психическое расстройство оказывает влияние на интерперсональный аспект отношений. Так, например, врожденная или приобретенная интеллектуальная ограниченность человека накладывает отпечаток на структуру межличностных отношений, делая их менее емкими, более избирательными. Рассматривая разные формы патологии, следует отметить, что их патопластический компонент во многом зависит от опыта предшествующих травматизаций. Признание этого факта приобретает большое значение в предупреждении расстройств и создании условий, препятствующих их рецидиву.

Учет вышеперечисленных факторов способствует установлению более тесного контакта с пациентами и значительно лучшему их пониманию. Например, при оценке состояния пациента как эмоционально неадекватного, сделанной специалистом на основании того, что пациент проявляет максимально плохое эмоциональное отношение к близким людям, таким, как мать, отец, брат и др., необходимо выяснить истинную причину такого отношения. При более глубоком исследовании часто выясняется, что в действительности ситуация объясняется психической травматизацией, полученной пациентом в ранние годы жизни. Например, отрицательное отношение взрослой дочери к отцу, диагностируется как неадекватность эмоций, а на самом деле связано с тщательно скрываемыми инцестными отношениями в детстве.

Межличностный подход в психиатрии целесообразно использовать при отслеживании различных стадий развития личности.

Для реализации этой цели необходимо установление неформального контакта с пациентом. Доверительный контакт сам по себе несет терапевтическую нагрузку.

Исследование поведения пациента является важным, но недостаточным. Задачей специалиста является понимание причин нежелания пациента отвечать на вопросы. При отсутствии ответов существует опасность того, что психиатры, не имеющие достаточного

опыта или необходимого времени, склонны расценивать это как признак негативизма в психопатологическом смысле. Отсутствие ответов может отражать затруднения, сомнения, нерешительность, носить игровой характер и др. Для понимания причины необходим длительный контакт с пациентом. Если пациент в целом отвечает на вопросы адекватно и опускает ответы только на некоторые из них, следует понимать, что чаще всего игнорируются вопросы, касающиеся важных для пациента тем.

При эндогенных психических нарушениях у пациента также существует сфера скрытых переживаний негативного характера с наличием установки не обсуждать эти темы со случайными людьми или лицами, которым он (возможно, по болезненным соображениям) не доверяет.

У пациента может быть достаточно оснований для недоверия, так как в специалисте он может видеть не только человека, готового прийти к нему на помощь, но и способного навредить ему.

Например, пациент, обратившийся к психиатру, упоминает о том, что несколько лет назад, увлекшись изучением Библии, он оказался во власти ярких зрительных и слуховых галлюцинаций, беспокоящих его только в течение одной недели. Специалисты в тот период времени констатировали наличие у него психических нарушений, возникших вследствие активизации религиозного чувства. В последующий период психических нарушений не было. При сборе анамнеза в описываемый период отмечалось наличие у пациента негативизма. За негативизм специалисты приняли отсутствие у пациента желания обсуждать темы, связанные с его переживаниями. Поведение пациента объяснялось страхом перед возможными отрицательными последствиями его искренности: госпитализацией и назначением лечения. Если интервьюировать такого пациента, занимая "позицию следователя", проявление негативизма весьма вероятно. В данной ситуации оправдывает себя позиция специалиста, как человека, испытывающего не только теоретический интерес к проблеме пациента, но и сочувствующего ему, умеющего установить с ним эмпатический контакт. Все это привносит в складывающиеся отношения между врачом и пациентом психологический климат, способствующий смягчению чувства угрозы и недоверия. Проблема приобретает особое значение в настоящее время, что связано со значительным ростом кратковременных шизофреноформных нарушений, которые ошибочно диагностируются как шизофрения. Многим специалистам в подобных ситуациях мешает их классическая психиатрическая направленность с отсутствием понимания социодинамических аспектов, акцентирующих установление продуктивных межличностных отношений с пациентом.

В развитии человека значимы разные периоды его жизни, но особенно важны первые межличностные контакты с родителями и обстановка, которая его окружает в детстве. Большое значение в развитии ребенка придается отношениям между родителями. Уже в первые месяцы жизни ребенок чувствителен к отношению, проявляемому к нему окружающими, эти отношения моделируют его личностную структуру. Он интуитивно "схватывает" характер эмоциональных проявлений, не будучи еще в состоянии вербализовать свои переживания. Ребенок чутко улавливает не только отношение к нему, но и характер тактильных прикосновений, голосовые интонации окружающих. Угрожающий характер интонаций в

отношениях между родителями приводит к определенным изменениям в его психофизиологическом состоянии. Ребенок, к которому относятся с нежностью и любовью, продуцирует реакции расслабления и комфорта. Проявление матерью тревоги и неуверенности во время общения вызывает у него также реакцию тревоги. Холодное, апатичное, раздражительно-агрессивное, враждебное и отстраненное отношение матери к ребенку способствует тому, что ребенок может стать апатичным, нарушится формирование идентичности.

Переживания раннего периода детства имеют существенное значение в детерминировании более позднего эмоционального развития. Ребенок, воспитывающийся в раннем детстве в обстановке любви и нежности, с большей вероятностью будет проявлять теплые чувства по отношению к другим людям в связи с развитием у него навыков более тесных межличностных отношений. Холодность, враждебность, проявляемые к ребенку со стороны взрослых, способствуют "закладке" болезненного неприятия им людей, раннему предпочтению мира вещей и животных. В дальнейшем возможно развитие разных вариантов его поведения, в том числе и поведения избегания. Таким образом, переживания раннего периода жизни, связанные с особенностями межличностных отношений, проецируются на более поздние периоды развития. "Шлейф" этих отношений надолго остается в подсознании и оказывает свое влияние на поведение.

Ранняя эмоциональная депривация может приводить к формированию нездоровой личности. Чаще всего формируется нарциссическая, гистрионическая, антисоциальная или пограничная личность. Реже диагностируются расстройства избегания, зависимости. На базе ранней эмоциональной депривации легче возникают психотические психические нарушения.

Такие люди менее устойчивы к стрессу, у них практически отсутствуют достаточные резервы для сопротивления неблагоприятным воздействиям, часто встречающихся в условиях современной жизни. Это может приводить, например, к возникновению различных вариантов суицидального поведения. С ранней эмоциональной депривацией связано отсутствие устойчивости в широком смысле слова, менее выраженная способность реализовывать цели, требующие настойчивости и последовательности. Возможно развитие различных форм защитного реагирования. Непродуктивные формы защиты фактически снижают жизненную активность, способствуя "уходу" в болезнь, развитию ипохондрических форм поведения, формированию явления госпитализма и госпитальной аддикции. Некоторые из этих лиц чувствуют себя более защищенными в условиях психиатрических стационаров. Таким образом, проблема ранней депривации оказывает существенное влияние на дальнейшее развитие человека.

Опыт психиатров, работающих с детьми, испытавших эмоциональную депривацию в течение первых лет жизни, показывает, что эти дети при встрече с психотравмирующей ситуацией могут продуцировать глубокие и тяжелые психотические реакции. Такая проблема особенно актуальна для приемных родителей, усыновляющих ребенка, воспитывающегося в тяжелых условиях в ранние годы жизни, например, в условиях детского дома. В подобных ситуациях важность методов превенции психических нарушений, которые могут возникать впоследствии, трудно переоценить.

Вероятность развития психических нарушений у взрослых, эмоционально депривированных в детстве, очень велика. Например, ребенок, воспитывающийся в течение первого года жизни в детском доме, имеющем хорошие материальные условия, но эмоционально холодный и сдержанный персонал, усыновляется бездетными родителями. Несмотря на окружающую его эмоционально теплую обстановку, ребенок в течение последующего периода времени растет боязливым, скромным, интровертированным, хорошо учится, не имеет академических проблем. Родители отправляют его на лето с целью оздоровления в другой город. Ребенок плохо переносит разлуку с родителями, не находит контакта с их родственниками, формален, неразговорчив. После двухнедельного пребывания в новой обстановке у него развивается шизофреноформный психоз с большим отрывом от реальности. Его привозят домой, госпитализируют, состояние купируется. Катамнез за последующий пятилетний период показывает отсутствие каких бы то ни было расстройств. Дети, перенесшие эмоциональную депривацию, под воздействием новых ситуаций, являющихся для них стрессирующими, способны проявлять такого рода расстройства. Проблема заключается в том, что окружающим порой трудно предугадать, что является для таких детей травмирующим фактором. В приведенном случае причиной расстройства послужило прекращение контакта с родителями, к которым ребенок был очень привязан. Дальнейший период взросления таких детей должен быть очень важным для окружающих в плане обеспечения им необходимых условий.

В мире межличностных контактов ребенка особую значимость представляет эмоциональное состояние матери, ее эмоциональная причастность ко всем происходящим событиям. Отец и другие члены семьи играют менее значимую роль в первый год жизни ребенка. Влияние отца сказывается посредством его отношения с матерью, которое ощущается ребенком. Наличие проблем у отца, связанных с его эмоциональной нестабильностью, обусловленной свойствами его характера, вызывает эмоциональную напряженность у матери. Это приводит к отсутствию у матери возможности обеспечить ребенку достаточный эмоциональный комфорт. В последующем значение отца для ребенка возрастает. Отец начинает занимать все большее место в эмоциональной жизни и развитии личностной структуры ребенка.

В конце первого года жизни у ребенка формируется рудиментарная концепция себя, выражающаяся ощущением самоидентификации, собственной значимости и приспособленности. Х. Салливан, исследующий эти явления, ввел в литературу специальные термины, отражающие описанные ребенком ощущения, выражающиеся как "я хороший", "я плохой" или "меня нет". Эти ощущения могут усиливаться в дальнейшие периоды жизни ребенка и, особенно, в подростковом периоде. "Закладка" этих трех подходов имеет существенное значение, влияя на формирование его способностей к реализации намеченных целей, чувства доверия к себе и окружающим. В отрицательном варианте у ребенка формируется чувство неуверенности, отсутствия способности к комфортному взаимодействию с людьми, странность и отчужденность.

В период жизни от 2 до 3 лет ребенок расширяет межличностные отношения. Увеличивается количество движений, он начинает ходить, что дает ему возможность вступать в

новые взаимоотношения с окружающими его людьми. Тренировка различных навыков в области социальной жизни, решение вопросов, связанных с туалетом, питанием, обучением речи, — наиболее важные аспекты в совершенствовании межличностных контактов. Обучение ребенка речи стимулирует развитие мышления и эмоций.

Среда, в которой воспитывается ребенок, имеет большое значение для его психического развития. Так, при воспитании в экстравертированной, эмоциональной, "разговорчивой" семье, с благоприятным психологическим климатом, слова, которые он впервые слышит, будут иметь особый для него доброжелательный смысл. Эти же слова будут иметь совершенно другую эмоциональную нагрузку в случае воспитания ребенка в неблагоприятной обстановке. Это различие в значениях одних и тех же слов имеет место в дальнейшие периоды жизни. Например слово "любовь" будет нести для ребенка тесное, нежное, гармоничное чувство по отношению к другим при условии воспитания ребенка в эмоционально открытой обстановке. В то же время при воспитании ребенка в семье, характеризующейся холодностью, неэкспрессивностью, дистантностью, то же слово "любовь" будет связано для ребенка с чувством долга, обязанности, выполнением каких-либо требуемых от него действий. Это слово, таким образом, будет иметь для него более социальное, чем эмоциональное значение.

Если ребенок воспитывается в семье, характеризующейся враждебностью, эмоциональным напряжением по отношению друг к другу, слово "любовь" может вообще не иметь для ребенка никакого смысла.

Это положение касается разных словосочетаний, формирующих понятия. Значение этих слов-понятий оформляется для ребенка в эмоциональный и мыслительный контекст, который переходит из раннего возраста в более поздний возраст и в период взрослой жизни. Значение контекста отражается на содержании ожиданий ребенка. Например, чего он ждет от сиблингов, родителей и окружающих его близких людей. Содержание ожиданий во многом определяет его собственную идентификацию — каким бы он хотел видеть себя в той или иной роли.

Этот процесс происходит в жизни ребенка на самых ранних стадиях его развития, еще до того, когда его мысли и чувства начинают кристаллизироваться в слова. И хотя на довербальном уровне ребенок еще не может управлять этим процессом, сам способ формирования мыслей и чувств отражает его "зачаточную" концепцию восприятия самого себя и других, что представляет особое значение для дальнейшего развития будущих межличностных отношений.

В рассматриваемый временной период ребенок также нуждается в теплом отношении к себе, в проявлении чувств, лежащих в основе его эмоциональной безопасности и уверенности, являющихся основой его эмоционального комфорта, который может быть усилен или ослаблен межличностными взаимодействиями. Характер этих отношений важен как в установлении здоровых внутрисемейных контактов, так и в контактах со значимыми другими. Окружающие ребенка люди могут быть настроены к нему как положительно, так и отрицательно, проявляя к нему безразличие, скрытые формы агрессии, различные виды насилия, включая социальные, рудиментарные инцестные отношения. Все это накладывает серьезный отпечаток на дальнейшее развитие.

Эмоциональная уверенность и безопасность, получаемые от окружающих и включающие в себя ощущение того, что ребенка любят, в нем нуждаются, способствует формированию у него положительной самооценки. Уверенность в собственной значимости, нужности позволяет ребенку вступать в мир с чувством обоснованного доверия к себе и к людям, рождающим ощущение того, что его отношения с людьми должны быть здоровыми.

Воспитание в условиях дисфункциональной семьи с пребыванием ребенка во враждебной, тревожной, нестабильной обстановке способствует возникновению у ребенка тревоги, страха, неуверенности, ощущения лишенности внимания, связанными с отсутствием базы эмоциональной уверенности и безопасности. Таким детям присущи чувство тревоги, пугливость, эмоциональная настороженность, вторичная интровертированность, реакции протеста, озлобленность.

В течение первого года жизни от ребенка не требуют выполнения каких-либо заданий. Но в дальнейшем такие требования приобретают актуальность. Ребенок должен подчиняться определенным социальным правилам поведения с сиблингами, формируется его отношение к игрушкам, к предметам домашнего обихода. При сопровождении этих требований эмоционально-теплым отношением, с проявлением любви ребенок в целом развивается нормально, с хорошей адаптацией к различным сферам межличностных отношений. Такой ребенок легче контактирует с людьми, понимая границы и правила этих контактов. Это профилактирует возникновение во взрослой жизни неадекватных реакций на возникающие ограничения. Если же эти неизбежные ограничения сопровождаются жестким, холодным отношением к ребенку, это может вызывать у него реакции сопротивления, протеста и возмущения.

Таким образом, эмоциями, наиболее важными для ребенка в течение первого года жизни, являются любовь, нежность и забота. В течение 2-го и 3-го года жизни, в отличие от первого, акцент делается на ограничениях. Эти ограничения должны проводиться последовательно. Неспособность ребенка подчиняться ограничениям вызывает затруднения в более поздние периоды его жизни с вероятной предрасположенностью к возникновению личностных расстройств, нарушений приспособления, посттравматических стрессовых расстройств.

В то же время существует опасность неадекватных, ошибочных ограничений, основанных на требованиях безусловного послушания. Обучение ребенка дисциплине может вызвать у него отрицательные эмоции, тем не менее последовательное обучение дисциплине не формирует у ребенка состояния базисной тревоги. Например, обоснованно наказывая ребенка, родители должны акцентировать внимание ребенка на факте совершения им неблаговидного поступка, не унижая его, не говоря ребенку о том, что он плох сам по себе. В противном случае в этой ситуации у ребенка сформируется чувство стыда по отношению к себе, что будет способствовать снижению его самооценки и возникновению тревожных реакций. Ограничения, необходимые в детстве для развития здорового ребенка, должны быть понятны ребенку, проводиться без холодности, жесткости и грубости. Так закладывается основа для самоограничений в последующие периоды жизни. Это касается агрессивности, внутренних стандартов и принципов поведения.

Успешное воспитание ребенка, обеспечивающее формирование будущей стратегии

межличностных отношений, исходит из его обучения самоограничениям.

Успех в решении этой проблемы может быть достигнут только на основе родительской любви, сопровождающей введение ограничений. В такой ситуации ребенок чувствует, что наказание связано с отрицательным отношением родителей к совершенному им действию, а не к его личности. В противном случае нарушается развитие ребенка. В связи с этим следует подчеркнуть, что классический психоанализ не объясняет в достаточной степени причины нарушения развития ребенка, так как сведение явления только к вытесненному сексуальному драйву, комплексу Эдипа и сублимациям не раскрывает всех особенностей процесса.

Неправильное введение ограничений может приводить к развитию у ребенка негативизма, который имеет различные формы проявления, такие, как гиподинамия, гипомимия, амимия, появление рудиментов кататонических проявлений, сочетающихся с эмоциональным уходом в себя, во время которого ребенок может подолгу смотреть в одну точку, меньше мигает, менее реактивен. Отсутствие любви со стороны родителей при одновременном требовании выполнения ограничений может приводить к протесту, к злости, к развитию основы будущего делинквентного поведения.

Если в жизни ребенка имеет место небольшое количество ограничений и ему разрешается делать многое, в отрыве от конкретной реальности, чувство необходимых ограничений в жизни такого взрослого дефективно. Такой ребенок во взрослой жизни может быть развязным, разнузданным, ни с чем не считающимся.

Следует иметь в виду и культуральный аспект воспитания с большим или меньшим числом вводимых ограничений, зависящих от определенной культуры. Здесь возможны разные варианты. Например, женщина, воспитывающаяся в детстве отцом, игнорирующим ее, и нерешительной и тревожной матерью, фактически не сталкивалась с ограничениями. Во взрослой жизни такой женщины отсутствовала самодисциплина. С одной стороны, она была очень требовательна к людям, не выносила никакой коррекции ее поведения, с другой — сама была очень требовательной к мужу и детям. Затяжной конфликт привел ее к разрыву семейных отношений.

Запреты в воспитании, особенно сопровождающиеся отсутствием любви, — крайне неблагоприятный вариант. Но и другой вариант, при котором все разрешено, а любви нет, тоже неблагоприятен. Такое воспитание формирует людей с мало выраженной эмпатичностью, не умеющих определить границы своего поведения, не учитывающих интересов других людей.

Исследование особенностей развития детей привело специалистов к заключению, что формирование этических и моральных стандартов основывается на разумных ограничениях, которые родители создают детям в течение первых лет жизни.

В подростковом периоде социально успешный подросток самоограничивает себя. Он "включает" в модель своего поведения, в личностную структуру дисциплину, связанную с жизненным сценарием родителей и их поведением в различных социальных ситуациях. Перечисленные факторы становятся способом, стилем жизни. (Chapman, 1976).

Sullivan (1953) при изучении данной проблемы ввел термин "консенсуальная валидация" (консенсуальная оценка). Это явление связано с комплексом различных сенсорных

переживаний. В процессе консенсуальной валидации человек развивает свои межличностные отношения. Общаясь с людьми, получая от них информацию, вступая с ними в эмоциональные контакты с использованием всех сенсорных систем, человек может корригировать свои личностные травмы, залечивать психологические "рубцы", возникшие в результате прежних межличностных отношений. Процесс "обкатывания" новых ситуаций, событий, межличностных контактов способен стимулировать изменения, могущие корригировать прежние нарушения. В процессе консенсуальной валидации у человека появляется возможность посмотреть на прежние события с новой точки зрения. В процессе консенсуальной валидации меняется концепция самоидентификации, происходит самокоррекция личностных нарушений, способствующая лучшему преодолению им каждодневных травмирующих ситуаций.

Положительно влияющий приобретенный в процессе консенсуальной валидации новый опыт сглаживает значение старого, травмирующего опыта только при попадании ребенка из неблагоприятной в благоприятную среду. Например, если ребенок в течение 4 или 5 лет воспитывался в обстановке эмоциональной депривации, способствующей формированию у него чувства собственной никчемности, ощущения того, что он недостоин любви и внимания, у него исподволь будет формироваться чувство неспособности строить в будущем здоровые межличностные отношения с людьми. При условии попадания этого ребенка в благоприятную обстановку, формирующую новые межличностные отношения с новой средой, меняется и самоидентификация и мировосприятие ребенка. Его концепция "Я" становится более здоровой. То есть, пребывание ребенка, получившего в раннем детстве психологические травмы, в благоприятной среде способствует коррекции этих травм в связи с достаточной представленностью консенсуальной валидации.

Способность консенсуальной валидации к "излечиванию" старых детских травм зависит от многих составляющих:

(1) важна выраженность психологической травмы, находящаяся в прямо пропорциональной зависимости от корригирующей способности консенсуальной валидации;

(2) важен возраст, в котором начинается коррекция, если консенсуальная валидация начинается в детстве или в раннем подростковом периоде, она будет иметь большее значение по сравнению с той, которая начнется в середине подросткового периода, а тем более после него;

(3) эффективность консенсуальной валидации зависит от способности человека преодолевать жизненные трудности, от его способности справляться с проблемами. Ранняя консенсуальная валидация помогает человеку научиться профилактировать межличностные конфликты, позволяет ему иметь более широкий взгляд на события, способствующий меньшему проявлению нецелесообразной осторожности, опасений, подозрений;

(4) результативность консенсуальной валидации связана со способностью человека к вербализации. Проговаривание ситуации "цементирует" многие ранее неосознаваемые психические явления, делая их более стойкими. Необходимо понимание того, что консенсуальная валидация проявляет себя как на вербальном, так и на невербальном, как на

сознательном, так и на бессознательном уровнях. Многое человеком не осознается, но это совсем не значит, что то, что не осознается, не является для него значимым.

Консенсуальная валидация формирует важный аспект работы психотерапевта, особенно когда речь идет о развитии у пациента невротических реакций, личностных нарушений, психосоматических нарушений и проблем, связанных с эмоциональными трудностями. Психотерапевт должен способствовать процессу консенсуальной валидации, открывать перед пациентом более широкие перспективы, стимулировать формирование новых подходов к решению проблем. Необходимо противопоставить болезненным межличностным отношениям модели здоровых межличностных отношений в каждодневной жизни. Консенсуальная валидация должна включаться психотерапевтом в профессиональный аспект психологического консультирования.

С трехлетнего периода жизни ребенка мир его межличностных отношений начинает расширяться. Активно формируются его отношения с окружающими. Важный аспект расширения круга межличностных отношений заключается в обучении ребенка пониманию того, что практически все, с чем он сталкивается, необходимо разделять с другими. Общаясь с матерью, например, ребенок постепенно обучается тому, что он не может занимать все ее время, приходит понимание того, что мать не может всецело принадлежать ему. Возможно возникновение сопротивления, связанного с формированием соревновательных отношений с отцом, которые далеко не всегда объясняются психоаналитическим толкованием проблемы. В нормально существующей функциональной семье такие чувства со временем разрешаются, не препятствуя формированию здоровых внутрисемейных отношений. Проблемы в поведении ребенка могут возникать при разделении внимания родителей между ним и его сиблингами. Возможно формирование конкурентных отношений, касающихся привлечения к себе внимания родителей и ревностных отношений. Если каждый из детей чувствует эмоциональную стабильность и безопасность родительских отношений, сочетающуюся со способностью родителей разумно ограничивать детей с предоставлением им свободы действий, ревность и конкуренция со временем теряют свою актуальность.

Структура личности ребенка развивается постепенно. В этом развитии значение межличностных отношений трудно переоценить. Кумулятивный результат каждодневных интеракций с окружающими его людьми может способствовать развитию сильной или, наоборот, слабой личности ребенка. В этот период формируется матрица межличностных отношений, могущая впоследствии приводить к эмоциональной уверенности ребенка, к его способности устанавливать позитивные межличностные контакты или к возникновению тревоги, страха общения с людьми.

Тревога у ребенка может выражаться по-разному, от едва уловимого чувства дискомфорта до появления паники с проекциями в виде ночных страхов и страха одиночества. Причинами тревоги могут быть неудовлетворенная базисная необходимость ребенка в физической безопасности, отверженность, реальное или воображаемое лишение поддержки ребенка, проекция на него материнской тревоги, враждебность матери по отношению к нему. В процессе консенсуальной валидации тревога «сглаживается», но в определенный период взрослой жизни, связанный с проблемами в реализации человеком интимных отношений, тревога может

возникать повторно. Проявление тревоги часто не носит прямого характера, выражаясь в осторожности, пассивности и интровертированности.

Дифференциальная диагностика интровертированности как черты характера и тревоги как психологического состояния пациента представляет чрезвычайную важность. Детская тревога может проявляться не только пассивностью и осторожностью. Она может проецироваться на фантазии, мечты, сны наяву, на игры, в которые ребенок "уходит с головой". Иногда "освобождение" от тревоги происходит с проявлением ребенком ярости и агрессии. Возможен "уход" во внутренний мир переживаний. В связи с тревогой у ребенка могут формироваться рудименты отчуждения от других людей, так называемая альенация, проявляющаяся в чрезмерной скромности, в заискивании, во враждебности, в дистанцировании. Возникает риск переноса тревожности как черты характера на подростковый и другие, более поздние периоды жизни.

Наличие у пациента внутреннего ощущения беспокойства, боязливости, тревоги метафорически связывается с ощущением им какого-то недостатка, такие ощущения оказывают деструктивное влияние на психику, приводят к появлению сложных проблем в межличностных отношениях, к социальной неадекватности и к социальной иммобильности. Консенсуальная валидация корригирует эти проблемы.

Чувство внутренней безопасности чрезвычайно важно в современном мире, изобилующем постоянно присутствующими стрессирующими факторами. Такие часто встречающиеся психопатологические состояния, как фобии, навязчивости, гистрионические, психосоматические патологии, особенности личности могут иметь прямую связь с внутренним дискомфортом и присутствием элементов тревоги.

Рассматривая возникновение психопатологии в плане "операции безопасности", Салливан пришел к заключению, что в эстремальных ситуациях в психике человека происходит своеобразная "поломка", во время которой тревога "тянет за собой" энергию подсознания. Тревога активизирует глубинное подсознание, материалы которого проникают в сознание, что способствует развитию психоза с потерей контакта с реальностью.

Важным элементом адекватных межличностных отношений является стремление человека достигнуть и сохранить безопасность, удерживая тревогу на низком уровне.

Период позднего детства (от 8 лет до пубертатного возраста) характеризуется тем, что межличностные отношения вне дома приобретают для ребенка большую значимость. Расширяется круг его контактов и увеличивается количество получаемой ребенком информации. Салливан называет этот период ювенильной зоной, придавая ее особую значимость в личностном развитии ребенка, который получает возможность консолидизировать приобретенные им ранее личностные качества. Постоянное взаимодействие личностных качеств с социальными факторами позволяет ребенку подвергать их критическому переосмыслению и коррекции. Например, если ребенок, воспитывающийся в тревожной, эмоционально холодной семейной обстановке, встречается в школе с противоположными эмоциональными реакциями, это позволяет ему решать свои эмоциональные проблемы по-новому.

Неблагоприятные социальные влияния могут оказывать в этот возрастной период значительное деструктивное влияние на личностную стуктуру ребенка. Риск формирования отклонений значителен. Таким образом, анализ позднего детства ребенка должен проводиться специалистами не только с позиций психоанализа, но и с учетом особенностей межличностных отношений, присутствующих в разных средовых ситуациях.

Возникает зона перекрестных интересов психиатрии, психологии и социологии в плане координации действий, корригирующих возможные нарушения у детей. Опыт американских специалистов показывает значимость в этом процессе создания для детей комфортной, безопасной ситуации в школе и создания расширяющейся постепенно зоны безопасности вокруг школы (дома, свободные от наркотиков, насилия, активно помогающие родители и др.)

В подростковом периоде человек сталкивается с необходимостью адаптироваться к увеличивающемуся объему межличностных отношений. В это время возрастает число конфликтов с родителями и окружающими.

Степень самостоятельности подростка может быть различной в зависимости от культуральных особенностей среды, в которой он проживает.

В начале подросткового периода индивидуум живет в соответствии с планами родителей. Позднее он входит во взаимодействия, на которые его родители не могут повлиять использованием тотального супервизорства. Межличностные контакты становятся все более отдаленными от родителей.

Хорошо адаптированный подросток сохраняет прежние, теплые, эмоциональные отношения с родителями с переключением своих интересов на интересы референтных групп. Независимость межличностных отношений прогрессирует, определяя характер самостоятельной жизни.

Происходит пробуждение интереса к интерперсональным отношениям, связанным с моделью взрослых сексуальных отношений. Подросток сталкивается с необходимостью развития социально приемлемых навыков, способных канализировать его сексуальное влечение.

Способность подростка адаптироваться к сексуальности во многом определяется типом семейного воспитания.

В подростковом периоде нормальное сексуальное развитие предполагает как отсутствие страха перед сексуальными желаниями, так и отсутствие сверхзанятости сексуальной тематикой, сверхценного отношения к сексу. Межличностные отношения подростка с родителями имеют большое значение для формирования его/ее отношений с противоположным полом. Они определяют в дальнейшем характер новых семейных отношений, модель родительской семьи повторяется в следующем поколении, оказываясь своего рода "семейной судьбой".

Глава 5

ЗНАЧЕНИЕ САМООЦЕНКИ В ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ.

Вопросы, связанные с самооценкой, являются прерогативой специалистов, работающих в области психологии, психиатрии и в смежных с ними областях. Хотя непосредственно самооценка в вопросах диагностики, лечения и коррекции больных учитывается крайне редко. Происходит своеобразный разрыв коммуникаций между психологией и классической психиатрией. В литературе часто встречается термин "самоотражение", или "саморефлексия", как способность отражать себя, имеющий прямое отношение к самооценке и порой заменяющий ее. Под самооценкой понимается способность сознательно думать о себе в абстрактном смысле.

Большая часть поведения человека характеризуется "бездумностью", отсутствием сознательных оценок того, как влияет это поведение на самого человека и его окружение. В то же время многие виды поведения требуют способности осознавать себя, быть объектом размышлений человека о себе, его оценки того, как он выглядит, какое впечатление он производит на других. Эта способность стимулирует человека к реализации более продуктивных форм поведения.

Способность человека думать о себе при любых способах поведения является реальной, но трудноосуществимой задачей, за которую часто приходится "платить большой ценой". Человек, сталкивающийся с необходимостью самоанализа, начинает задумываться о себе и о своем месте в жизни, что может привести к негативной самооценке, неудовлетворенности какими-то сторонами его деятельности. Это способствует развитию угнетенного состояния, депрессии. Такая саморефлексия, приведшая человека к угнетенному состоянию, в свою очередь будет поддерживаться порочным кругом, заключающимся в том, что на фоне удрученного состояния размышления о себе приведут к еще более негативным последствиям, чем до самоанализа.

Анализ своих действий, своих взаимоотношений с другими людьми может усилить у человека чувство одиночества, непонимания его окружающими, ощущение поверхностности контактов, отсутствия эмоциональной поддержки со стороны окружающих, ощущение непреодолимой преграды между ним и окружающими. Такая саморефлексия во многом определяется психическим состоянием человека. В ряде психопатологических состояний она приобретает искаженный характер.

Акцентуация на том, как человек видит себя во взаимоотношениях с людьми, является вопросом, малоразработанным в психиатрии. Понимание этих процессов может во многом облегчить контакт с больным и проведение психотерапевтических мероприятий.

Для сохранения самооценки человек может себя "инвалидизировать". Такая самоинвалидизация, например, может проявляться следующим образом. Способный студент получает посредственные оценки в связи с нежеланием трудиться над проявлением способностей и "вкладываться" в учебу. Анализ "самоинвалидизации" показывает, что проблема заключается в отсутствии желания у большинства людей знать правду о себе. Для

ухода от этих знаний используется саморазрушающая стратегия. Самоинвалидизация предоставляет человеку возможность благопристойного оправдания и извинения за поражение.

Американские психологи Берглз и Джонс, рассматривая проблему самоинвалидизации, подчеркивали, что она включает в себя осуществление любого действия или любого выбора, которые усиливают возможность экстернализации поражения, перенося его причину на внешние факторы с одновременной интернализацией успеха. Например, способный студент может демонстративно не учиться, при этом неудачи при сдаче экзаменов экстернализируются отсутствием желания проявлять усилия, но только не отсутствием способностей. Если человек чувствует свою невозможность справиться с задачей, он уходит от выполнения этой задачи в другое поведение, делающее выполнение задачи невозможным. При этом он ссылается на то, что у него отсутствует интерес к этой проблеме. Такая тактика позволяет человеку придерживаться мнения о возможности быть успешным в случае старания.

Это касается и такой проблемы, как социализация. Например, одинокий человек, предпочитающий пребывание в домашней обстановке общению с людьми, как правило, одержим страхом возможного фиаско межличностных отношений. Отсутствие желания вступать в межличностные контакты базируется на страхе столкнуться с явлениями, способствующими снижению самооценки. То есть, стратегия "самоинвалидизации" проявляется в ситуациях, угрожающих ego.

Риск использования "самоинвалидизации" возрастает в случае, при котором возможная угроза самооценке превышает возможные потенциальные последствия поражения. Это положение напрямую связано с практикой. Например, в ряде случаев злоупотребление алкоголем выполняет функцию "самоинвалидизации". Алкоголь освобождает от чувства ответственности. В бытовой, житейской психологии считается, что поступок человека, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, рассматривается через призму, снижающую ответственность человека за совершенное деяние. Алкоголь играет определенную роль в использовании ситуаций, угрожающих ego. Часто употребление алкоголя используется самим человеком и людьми, его окружающими, для оправдания жизненного неуспеха. В таких случаях ими произносятся фразы типа: "Вот, если бы он не пил, все было бы хорошо", что способствует сохранению определенной самооценки. Оправдание жизненных неудач человека такими параметрами как лень, недостаточная мотивация, отсутствие интереса к требующей разрешения проблеме очень устраивает неудачника в связи с избавлением его от "этикетки" некомпетентности. Называться ленивым для него предпочтительнее, чем некомпетентным. Таким образом, люди часто воздвигают действенные препятствия на пути к возможному успеху в случаях страха перед неуспехом и поражением, которые будут угрожать их самооценке.

Объясняя причину неудачи физическим недомоганием, психологическими проблемами, постоянным чувством тревоги, такие люди используют "сообщения" о своей инактивности, как о причине, мешающей их вовлечению в сферу активности. Например лечение тревоги приводит к еще большему ее усилению, не поддающемуся коррекции анксиолитиками. Если "работает" вышеописанный механизм "самоинвалидизации", лечение будет безрезультатным. Ссылка на физическое или психологическое "недомогание" может выступать как самооправдание не только прошлых, но и будущих неудач. В психологической "самоинвалидизации" могут быть

использованы жалобы на депрессию, скорбь, стрессы, ипохондрию, квалифицирующиеся специалистами как функциональные псевдодепрессивные состояния.

Массовая популяризация психологических знаний среди населения приводит к возникновению веры человека в то, что их неудачи связаны с событиями, возникающими в раннем детском периоде. Травматические впечатления раннего детства, с точки зрения пациентов, влияют на их сегодняшние и вчерашние неудачи. В связи с этим специалистам необходима особая настороженность к предъявлению жалоб со стороны пациентов на постоянно присутствующие в их памяти травмы, являющиеся причиной их неуспеха. Имеются четкие доказательства того, что попытки людей, любой ценой стремящихся сохранить самооценку, иногда приводят к поведению, объективно срабатывающему против истинных интересов человека. Например, люди выбирают стратегию избегания большинства ситуаций, угрожающих их самооценке, поэтому они даже не пытаются что-либо предпринимать, что приводит к различным вариантам поведения избегания. С этой точки зрения можно анализировать и социальную фобию, и личностные расстройства избегания, и даже некоторые навязчивые страхи. Хронические формы таких явлений, становящиеся стилем жизни, приводят к резко выраженному дисфункциональному поведению с разными его проявлениями, такими, например, как уход в болезнь и пр. Так развивается дезадаптация.

Отрицательная реакция на события, угрожающие самооценке, усиливаются, если человек фокусирует внимание на себе. Такая фокусировка внимания на самом себе называется самоосознанием. Человек может фокусировать внимание на различных событиях. Экстернальная фокусировка внимания на других — хороший способ ухода от решения своих проблем. Часто встречаются пациенты, стремящиеся жить жизнью других людей, расспрашивая их, давая им советы, вживаясь в их жизненные ситуации, что сопровождается получением удовольствия, даже если эти ситуации сами по себе неприятны. Это отвлекает от фокусировки внимания на себе.

Существуют определенные условия, способствующие фокусировке внимания на внешних событиях и на себе. Если речь идет о фиксации внимания на себе, может возникать несоответствие между личностным стандартом — чувством идентичности себя. Идентичность включает в себя мораль, этику, слабо представленные в случае нарушения идентичности. Несоответствие персональных личностных стандартов реальному поведению человека включает угрозу самооценке. Самоосознание человека ре-зультирует возникновение отрицательных эмоциональных реакций, если человек ведет себя не устраивающим его образом, который он считает несоответствующим. Эти несоответствия включают в себя определенные цели. Мораль, ценности и способы действия приводят к появлению дискомфорта, пропорционального выраженности этих несоответствий и количеству времени, в течение которого человек фокусирован на тех аспектах собственного "Я", которые являются дефицитарными, то есть не устраивающими человека. Если человек воспринимает это несоответствие между поведением и стандартами, это может приводить к двум видам последствий. Во-первых, человек старается редуцировать это противоречие, прикладывая большие усилия к достижению цели. Во-вторых, редуцирование противоречия направлено на изменение внутренних стандартов, полагая, что его мысли, представления и, может быть, и

мораль, были неправильными.

Возможно избегание самоосознания. Если, например, человек не способен редуцировать противоречие между поведением и личностным стандартом, у него может возникнуть мотивация избежать самоосознания. Такие люди делают все, чтобы не думать о поведении, несоответствующем их стандарту, избегая ситуаций, приводящих к необходимости задумываться над своим поведением. Возможен поиск ситуации, минимизирующей самоосознание. Тенденция избегания самоосознания возникает в случае, когда противоречие трудно изменить. Попытка избежать самоосознания наблюдается в случае отсутствия у человека надежды на то, что это противоречие в скором времени разрешится.

Возможен выбор определенных способов поведения, снижающих степень самоосознания, таких, например, как постоянный просмотр телепередач, постоянное занятие определенной работой, наличие аффективно насыщенной социально положительной доминанты, аддиктивные реализации. Вещества, изменяющие психическое состояние, используются как средства, снижающие степень самоосознания. Исследования показывают, что алкоголь оказывает вышеуказанное действие, интерферирует со способностью выпивающего воспринимать и использовать информацию в значимом для человека смысле. Алкоголь не только редуцирует противоречие между стандартами поведения, но и снижает степень выраженности личностных стандартов. Алкоголь обладает способностью деин-дивидуации, лишая человека многих явлений, связанных с запретами superego. Практика показывает, что выздоравливающие алкоголики, пережившие большое количество стрессовых событий, дают рецидивы быстрее и чаще, чем те, кто находился под влиянием менее выраженных стрессовых воздействий. Этот эффект алкоголя более выражен у тех, кто способен к большей саморефлексии. Звено между действием алкоголя и редукцией самоосознания представляет большой интерес в плане рассмотрения полезной новой модели для исследования таких проблем.

ЧАСТЬ III

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ.

Глава 1 ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

В современных классификациях расстройства личности представлены следующим образом:

В МКБ-10 выделяются: параноидные; шизоидные; диссоциальные, эмоционально неустойчивые, подразделяющиеся на импульсивные и пограничные; гистрионические; ананкастные; тревожные и зависимые расстройства.

В DSM-IV выделяются параноидные; шизоидные; шизо-типические (кластер А); антисоциальные, пограничные, гистрионические, нарциссические (кластер В); обсессивно-компульсивные, избегания и зависимые расстройства (кластер С).

В последнее время количество работ, посвященных исследованию личностных расстройств, возросло. Учеными пересматриваются некоторые положения, связанные с

механизмами их формирования. Акцентуируется влияние не только семейных, но и культуральных факторов, называемых "опытом, неразделенным с родителями", и включающих в себя влияние членов референтных групп, сверстников; авторитетных фигур, например, формальных и неформальных лидеров; учителей; религии и др. У предрасположенных лиц могут формироваться определенные черты характера, приводящие к нарушению адаптации и психологическому дискомфорту.

Распространенность тех или иных личностных расстройств неодинакова в различных обществах. То же касается и преобладания различных признаков внутри конкретных форм. В связи с этим говорят о влиянии определенной культуры, как на возникновение определенного вида личностного расстройства, так и на наличие совокупности признаков, свойственных этому виду. Следует учитывать влияние культуры на взаимосвязь личностных особенностей и своеобразия течения личностного расстройства.

ПАРАНОИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Существуют личностные нарушения, близко смыкающиеся психопатологией и находящиеся в кластере А, в котором выделяют параноидные, шизоидные и шизотипические нарушения.

При рассмотрении каждого из этих нарушений возникает необходимость проведения дифференциации каждого из этих расстройств, начиная с параноидного, как более мягкого личностного расстройства, и заканчивая шизотипическим, содержащим в себе признаки, приближающие его в определенной степени к шизофрении.

Параноидное личностное расстройство, описанное в кластере А, расценивается многими психиатрами только в случае достаточной выраженности его составляющих. Основными признаками являются подозрительность, сенситивность и недоверчивость.

Согласно DSM-IV, параноидное личностное расстройство характеризуется признаками, изложенными в семи пунктах. Наличие четырех из семи пунктов является достаточным для установления этого вида нарушения. К этим пунктам относятся следующие:

1. постоянное ожидание без достаточного на то основания эксплуатации со стороны других;

2. опасение, связанное с возможностью нанесения вреда другими;

3. сомнения в отношении лояльности друзей и людей, связанных с ними;

4. склонность видеть скрытые угрозы в замечаниях, высказанных окружающими;

5. неумение прощать мелкие обиды с накапливанием их в себе;

6. недоверие к другим, связанное с боязнью, что всякая информация будет использована против них;

7. склонность реагировать на небольшие замечания сильной, протрагированной обидой; безосновательные сомнения в верности, например, супруга или сексуального партнера.

Следует помнить, что современные классификации, например, DSM-IV, содержат в себе кроме параноидной шизофрении и параноидных личностных расстройств еще и параноидное или бредовое нарушение. Следовательно, дифференциальная диагностика прежде всего должна проводиться между параноидным личностным расстройством, параноидной шизофренией и бредовым или параноидным нарушением. Кроме того, возможны и другие соотношения. Так, например, в рамках аффективных психозов могут возникать различные состояния, напоминающие по содержащимся в них проявлениям состояния, близкие к вышеперечисленным.

История вопроса, касающегося параноидных нарушений, достаточно объемна. Крепелин в 1893 г. проводил разграничение между паранойей, парафренией и параноидной шизофренией. Характеризуя паранойю, он отмечал свойственные для нее постепенное, медленное, не останавливающееся развитие и неизменяемую бредовую систему, сопровождающуюся упорядоченным, ясным, ненарушенным мышлением вне бредовой системы. Если пациенты с такого рода расстройствами осуществляют действия и имеют переживания, не входящие в диапазон их бредовых построений, проявляя свои обычные индивидуальные особенности, то бредовая система не вторгается в другие сферы и не определяет функционирование человека во многих областях его жизни. Кроме того, Крепелин обращал внимание на отсутствие при паранойе обманов восприятия, галлюцинаций. Современная психиатрия акцептирует определение Крепелина, подчеркивая в паранойе наличие тех же явлений.

Согласно Фрейду, давшему определение параноидных психозов, механизм возникновения этих состояний базируется в основном на защитных механизмах. То есть, с позиций психодинамического подхода защитные механизмы занимают в возникновении этих состояний первое место. Сторонники классического психоанализа рассматривали развитие психотического состояния как постепенное ослабление психологической защиты по отношению к самообвинению человека. Когда самообвинения возвращаются в сознание, человек защищается от них, приписывая те факты, в которых он себя обвиняет, другим людям. Обвинения клинически проявляются в виде бредовых идей. Процесс и термин "проекция", имеющий место в вышеописанных явлениях, был введен Freud (1896) при описании этого вида развития. В дальнейшем Фрейд расширил свою первичную трактовку и анализ параноидных механизмов на примере автобиографической зарисовки Шребера, изданной в 1903 г. Это эссе носит название "Воспоминание о моем нервном заболевании". Анализируя автобиографию психотического пациента, Фрейд пришел к выводу о том что бредовые идеи автора отражали механизмы отрицания и проекции, которые, с точки зрения Фрейда, были защитой в отношении скрытых гомосексуальных желаний пациента, выступая на фоне его психической регрессии. Фрейд дал новую интерпретацию бредовым идеям, отраженным в эссе Шребера. В этих бредовых идеях Фрейд распознал реконструкцию реальности, создаваемую пациентом, с попыткой таким образом самоизлечиться путем избавления от мучающих его переживаний. Бредовые идеи Шребера, по мнению Фрейда, были более "нормальными и здоровыми" для сохранения интеграции личности, чем было бы признание пациентом наличия других нарушений, в особенности имеющих место гомосексуальных стремлений.

Freud (1923), говоря о развитии паранойи, придавал большое значение агрессивным

драйвам, оперируя терминами ego и superego при рассмотрении происхождения и развития бредовых идей. Новизна идей Фрейда заключалась в акцентуации им значения раннего соперничества, возникающего между сиблингами. Эта идея в последующем была использована Адлером. Фрейд пытался объяснять это явление превращением любви в ненависть, фактически уже пытаясь подойти к термину "аутодеструктивный инстинкт". Он говорил о появлении такой замены, как амбивалентность, при которой происходит защитная реакция, проявляющаяся в том, что любовь меняется на ненависть. Реакция эта происходит на крайне примитивном уровне.

Идея поиска связи между латентной гомосексуальностью и развитием бредовых идей подчеркивалась Knight (1940) в работе "Отношение латентной гомосексуальности к механизмам параноидных идей". Автор фокусировал свое внимание на ненависти как основной проблеме, способствующей развитию бреда. Эта ненависть направлена против фигуры отца, будучи связанной с эдиповыми переживаниями, или против фигуры брата. Выраженный гомосексуальный драйв сам по себе рассматривался Knight как попытка эротизировать и нейтрализировать деструктивную враждебность, при которой сын хочет убить отца, но проявлением к нему своей любви он старается нейтрализовать свое чувство. Этот механизм присутствует, но не срабатывает до конца, так как основная ненависть слишком выражена.

Bak (1946) отмечал, что за бредовой реакцией скрывается мазохизм.

Klein (1948) относил эдипов конфликт к очень раннему периоду жизни, считая, что этот конфликт появляется уже в течение первого года жизни. Уже с этого времени строится жестокое преследующее superego, которое, по мнению автора, является источником более поздних параноидных образований.

Cameron (1943) расширяет концепцию параноидного отрицания и проекции, рассматривая эти механизмы не просто на уровне отношений одного человека к другому, а на уровне интеракций большого количества людей, приводящих к образованию параноидного псевдообщества.

Мнения авторов, изучающих механизм отрицания и проекции, расходятся. Так, например Waelder (1951) придает большее значение механизму отрицания, чем проекции. Авторы, исследующие параноидных пациентов, обращают внимание на наличие в преморбиде напряжения, сочетающегося с неуверенностью и боязливостью, базирующихся на исходном уровне высокой тревожности. Эти люди легко становятся подозрительными и недоверчивыми. Для них характерно ожидание того, что их кто-то предаст, которое присутствует даже в кратковременные периоды доверия к окружающим. У них обнаруживаются уходящие в далекое прошлое тенденции иметь какой-то секрет, быть инкапсулированными, никого не пускать в свой внутренний мир. Они полагают, что за людьми необходимо присматривать, чтобы они не сделали ничего плохого. Эти проявления могут быть сравнительно безобидными в течение длительного времени, не являясь предметом клинического анализа. Проблема появляется тогда, когда параноидные психологические защиты терпят поражение и возникает патологическая фокусировка человека на определенной теме, связанной с работой, с межличностным контактом, с какой-то деятельностью, с ситуацией, происходящей с родственниками, знакомыми и пр. Возможна фиксация на определенных людях с возникновением представления

о том, что разные люди связаны друг с другом и пытаются в маленьком субколлективе причинить пациенту какой-то вред.

Люди с параноидными состояниями внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее, самодостаточность является лишь фасадом, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда чрезвычайно озабочены тем, что другие думают и чувствуют в отношении их. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определенным видам ситуаций; к определенным лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки, неудачи, просчеты и несоблюдение каких-либо условий. Ответственность отбрасывается от себя и приписывается другим. Для людей с параноидной идеацией характерно отрицание неприемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний, включающих в себя и сексуальные. Социально дискриминирующие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Для таких лиц характерна постоянно присутствующая внутренняя враждебность к окружающим, носящая неуправляемый характер. Враждебность они также проецируют на других, ссылаясь на ее вторичность, хотя на самом деле она является всегда первичной.

Несмотря на то, что механизмы отрицания и проекции имеют место на уровне подсознания, пресознания и сознания, эти люди не осознают в достаточной степени свои чувства и действия. Результатом таких подсознательных маневров является появление вокруг них неблагоприятной обстановки неловкости, напряжения, приводящей к ответным реакциям со стороны окружающих, пытающихся избегать общения с ними. Таким образом, наряду с параноидной идеацией у таких людей возникает социальная изоляция, имеющая тенденцию к нарастанию. Социальная изоляция вызывает у лиц с параноидной идеацией чувство отсутствия любви к себе, ощущение собственной нежеланности, неполноценности, а, иногда, и чувство виновности. Драйв агрессивности толкает их на деятельность, направленную на преодоление факторов, мешающих их интегральности. Для преморбида лиц с параноидной идеацией характерна реактивная психологическая ригидность, делающая невозможной их сколько-нибудь гибкую адаптацию к окружающей среде. Эти лица создают имидж самодостаточности, супериорности и уверенности в себе, производят впечатление беспроблемных, что является общей чертой защитного поведения. Этот стиль поведения используется в большинстве ситуаций в связи с малой адаптивностью и ригидностью. Они постоянно выглядят одинаково, имея единственный, ограниченный стиль поведения, касающийся манеры говорить, улыбаться, манеры задавать вопросы и отвечать на них; контактировать с другими и т. д. В этом проявляется их попытка отгородиться от внешнего мира и не разрешить никому и ничему разрушить их внутренний мир, существующий в виде равновесия, созданного ими. Это стремление находит отражение и в других проявлениях. Например, в старательном настаивании на выполнении правил, исключающих возможные отклонения, и стремлении создать у других различные комплексы, например, неполноценности. Это стремление, выраженное подсознательно, проявляется в определенных действиях, направленных на формирование у другого человека отрицательного отношения к себе, на фоне которого человек с параноидной идеацией, естественно, будет выглядеть лучше. Для таких лиц характерно стремление подчеркнуть промахи других с максимизированием их недостатков. Например, попытки

обратить внимание окружающих на поведение человека, которого они считают своим врагом, проявляющееся в нарушении им социального табу и в совершенных им антисоциальных поступках. Таким образом, им удается минимизировать свои желания до такого уровня, при котором то, что еще осталось в сознании, можно репрессировать.

В социальных контактах с другими лица с параноидными идеациями используют рационализации, их любовь к рассуждениям напоминает резонерство, характеризующееся ссылками на высшую правду, высшую истину, что сопровождается проявлением большой доли лицемерия. Рационализациям свойственны фальсификации, заведомо неправильные интерпретации, рассчитанные на невнимание слушателей. Рассуждательные обвинения, повторяющиеся в рамках одного и того же репертуара, свидетельствуют о психологической ригидности таких людей. К этим рационализациям и неправильным интерпретациям добавляются ложные воспоминания с убежденностью рассказчиков в реальности происходивших событий. Хотя в действительности этих событий или не было вообще, или они происходили, но совсем не так, как о них повествуют. Начав обманывать таким образом окружающих они сами начинают верить в свой обман. Таким образом реализуется необходимость защитить свою неуверенную личностную структуру в связи с возможной ее дезинтеграцией.

К факторам, провоцирующим активацию параноидных идеаций, относится фрустрация. Эта активация может носить сверхвыраженный характер. Возможно резкое усиление враждебных импульсов в случае неудачной попытки реализации какой-либо активности. Невозможность достичь чего-либо может быть реальной или выдуманной, воображаемой, когда они считают, что могли бы достичь определенной цели, оставшейся недостижимой. В этом выражается компенсаторная реакция на опасности, пассивные желания, слабости и т. д. Несомненно, чаще всего специалисты сталкиваются с прямой реакцией на внешнюю фрустрацию.

Параноидная личность особенно ранима в отношении угрозы, которой подвергается их ego со стороны superego. Угроза со стороны собственного superego переживается ими на уровне сознания, пресознания и подсознания. Угроза проявляется как усиленное чувство вины, что невыносимо для этих лиц. Усиленное чувство вины создает потребность защитить ego, что достигается активизацией реакций отрицания и проекции. Внезапное усиление механизмов проекции приводит к возникновению чувства опасности со стороны окружающих людей и событий. Происходит отрыв от реальности. Люди рассматриваются как зловредные, несущие в себе угрозу. Появление враждебных импульсов может иметь место при попадании лиц с параноидными идеациями в новые для них ситуации, в новую обстановку, при предъявлении к ним требований, не имевших места ранее. Их страшит появление даже минимальной угрозы их статусу и безопасности. Успешная реализация своих потребностей не спасает их от боязни соперничества и конкуренции. Поэтому они избегают жестких конкурентных ситуаций, стимулирующих враждебную агрессию и фантазии о доминировании, сочетающиеся с потребностью справиться с этой ситуацией даже путем унижения или подавления предполагаемых врагов. Для людей с такого рода особенностями параноидность может стимулироваться даже при отсутствии атмосферы соревновательности и конкуренции. Так,

совместное их пребывание с ограниченным количеством людей в сравнительно замкнутом пространстве в течение сколько-нибудь длительного промежутка времени, например, невозможность выйти далеко за пределы территории, пребывание в условиях экспедиции, то есть любая социальная изоляция усиливает параноидные импульсы. Это связано с тем, что изоляция оставляет такого человека наедине со своими фантазиями и мечтами. Известно, что социальная изоляция вызывает сенсорную депривацию, способствуя усилению воображения, которое у лиц с параноидной идеацией однонаправлено. Поэтому они начинают придумывать различные ситуации, неправильно их интерпретировать.

Включение таких людей в какую-то деятельность с достижением успеха на этом поприще способствует компенсации проблем на длительные периоды времени. Чем выше степень успешности, тем более выражена компенсация, которая, к сожалению, не распространяется на ухудшающиеся межличностные отношения. Окружающие таких людей близкие и друзья подвергают себя наибольшему риску в связи с направленной на них агрессивностью, базирующейся на постоянной настроенности на волну подозрений, угроз и боязни быть ограниченным в своих правах.

Лучшим для них вариантом является акцент на деловой стороне своей жизни с невключенностью в нюансы межличностных отношений. Психологический буфер, направляющий энергию лиц с параноидными идеациями в деловую сферу, препятствует возникновению межличностных конфликтов. Чем кратковременное контакт с человеком, тем менее представлена возможность "разобраться" в нем и навязать ему собственные отрицательные, агрессивные импульсы. Следовательно, у лиц с параноидными идеациями количество межличностных контактов прямо пропорционально продолжительности и степени выраженности их компенсации.

Лицам с такого рода особенностями свойственна некорригируемая интуиция. Обычный человек, интуитивно воспринимая ситуацию, оценивает ее в динамике, понимая возможность изменения своего отношения к ней. Такие интуитивные оценки не свойственны лицам с параноидной идеацией. Их отрицательные интуитивные оценки носят длительный, стойкий характер. Как правило, они, интуитивно почувствовав недоброжелательное отношение к себе, начинают накручивать в своем сознании одно событие на другое, формируя негативный "снежный ком". Так формируется определенный алгоритм, при котором все события рассматриваются только с одной точки зрения без учета их динамики. В этот алгоритм трудно вмешаться и изменить его. Отсюда некорригируемость интуиции лиц с параноидными расстройствами.

ШИЗОИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Человек с таким расстройством личности обращен внутрь себя со склонностью к различного рода фантазированию. Носитель расстройства испытывает затруднения в том, чтобы начать действовать, предпринять определенные активности. Трудности возникают и при социальных взаимодействиях, провоцирующих уход человека в себя. Типичной для таких людей является интровертированность, эмоциональная холодность и изоляция от окружающих.

Термин "шизоидный" был предложен Кречмером в 1936 г. Не обнаруживается связи между шизоидным личностным расстройством и шизофренией. У лиц с шизоидным расстройством отсутствуют характерные для шизофренического процесса нарушения мышления и нарушения восприятия. Типичной особенностью этого нарушения является отсутствие эмоциональной теплоты и взаимопонимания. Люди с шизоидным расстройством личности внешне выглядят отчужденными, холодными, бесстрастными, неспособными к эмпатическому контакту, с трудом проявляют к кому-либо теплые чувства, им не свойственна сентиментальность, что затрудняет контакты с этими людьми. Их межличностное общение характеризуется наличием очень небольшого количества близких людей, с которыми они поддерживают тесные эмоциональные контакты. Поэтому лица с такими расстройствами часто не вступают в брак, оставаясь одинокими на протяжении всей жизни. Для них характерен уход от конкурентных отношений с предпочтением видов работ, осуществляемых в одиночку. Их сексуальная жизнь часто протекает только в виде фантазий. Интересы трудно понимаются окружающими. Межличностные отношения мало занимают их. Более привлекательными для них являются абстрактное теоретизирование и анализ. Носители такого расстройства способны к интроспекции, представленной в виде абстрактного анализа. Представленная характеристика имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Резкая выраженность шизоидного расстройства приводит к неблагоприятным последствиям. В случае менее резкой представленности таких черт наряду с выраженной неэмоциональностью носители этого вида расстройства могут быть социально успешными людьми.

Критерии DSM-IV включают в себя список признаков, характерных для этого нарушения:

1. отсутствие желания вступать в межличностные отношения и отсутствие радости от тесных и даже семейных взаимоотношений;

2. предпочтение активностям, связанным с работой в одиночестве;

3. редкое переживание и выражение сильных эмоций (радости, злости);

4. отсутствие желания вступать в интимные отношения с другими людьми;

5. индифферентность к положительным оценкам и критике;

6. отсутствие близких друзей, которым они могут доверять, за исключением близких родственников;

7. проявление суженного аффекта, внешний вид холодных, отстраненных, редко улыбающихся гипомимичных людей с отсутствием достаточно выраженных эмоций.

ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Носителям этого вида расстройства свойственна социальная тревога, неспособность к тесным, дружеским отношениям и эксцентрическое поведение. Речь таких людей носит вычурный, непонятный, странный характер и сопровождается мнением окружающих о непринятости такой формы вербализации. Речь изобилует большим количеством метафор, символов и носит отвлеченный характер. У лиц с шизотипическим личностным расстройством

наблюдается повышенная сенситивность и отнесение на свой счет всего происходящего. Лица с шизотипическим расстройством выглядят странными, необычными. Для них характерно определенное своеобразие мышления, выражающееся в появлении магического мышления, суеверности, веры в телепатию, ясновидение и др., необычных умозаключений, идеях отношения, не достигающих выраженности бредовых идей и не возникающих по механизмам бредового восприятия или приступа бреда. Могут иметь место иллюзорные восприятия и дереализация.

Эти лица также проявляют выраженный дискомфорт в ситуациях общения с незнакомыми людьми. В таких ситуациях они могут вести себя неадекватно и проявлять психотические симптомы. Однако эти декомпенсации носят кратковременный и фрагментарный характер.

Имеет место суженный диапазон аффективных реакций, легкое возникновение подозрительности. Дифференциальная диагностика с шизофренией строится на отсутствии психоза и прогредиентности расстройств. Несмотря на трудность в оценке своего эмоционального состояния, они чрезмерно сенситивны к распознаванию чувств других людей. Обладая живым воображением, они строят свой внутренний мир на страхах и фантазиях. Таких людей отличают мысли, не являющиеся нормой для культуры, в которой они живут, например, мысли о колдовстве и необычные ощущения (присутствия умершего человека, привидений).

Эти явления могут провоцировать возникновение вопроса о том, что это личностное расстройство является шизофренией. Многие авторы отмечают наличие ряда пациентов, проявляющих подобные нарушения, явившиеся основой для диагноза "шизофрения". Существуют исследования, подтверждающие, что 10% лиц, страдающих шизотипическим личностным расстройством, совершали самоубийства. Целый ряд пациентов с диагнозом "шизофрения" имели в преморбиде такого рода расстройство.

Некоторые лица на протяжении всей жизни проявляют симптомы шизотипического личностного расстройства и, несмотря на имеющиеся у них "странности", адаптивны и имеют функциональные семьи.

Диагностические критерии шизотипических личностных расстройств:

1. идеи отношения, не носящие бредового характера;

2. выраженная социальная тревожность;

3. странные верования или магическое мышление, влияющее на поведение этих лиц и несоответствующее культуральным нормам. Например, чрезмерное суеверие, вера в телепатию, в шестое чувство. Детям и подросткам с таким расстройством свойственны необычные фантазии и причуды;

4. необычное восприятие (иллюзии, парейдолии, ощущение человека, которого рядом нет, ощущение наличия высшей силы);

5. странное, эксцентрическое поведение, проявляющееся во внешнем виде, манерности;

6. отсутствие лиц, которым они доверяют;

7. неадекватный, суженный аффект;

8. подозрительность, параноидные идеации, касающиеся плохого отношения к этим людям.

АНТИСОЦИАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

В переведенном на русский язык учебнике Сэдока и Каплана термин "антисоциальный" сохранен, но во многих переведенных руководствах и вышедшем недавно в Киеве Оксфордском руководстве этот термин заменен на "асоциальный". Многие авторы, используя в своих работах термины "асоциальный" и "антисоциальный", полагают, что они эквивалентны друг другу. Это в ряде случаев приводит к возникновению определенных недоразумений, так как термин "асоциальный", близкий к аутистичному, обозначает несоциабельность человека, погруженность его в себя, интровертированность и затруднения в контакте с другими людьми.

Антисоциальное личностное расстройство имеет большое социальное значение и встречается достаточно часто, являясь причиной серьезных неприятностей как для носителя расстройства, так и для лиц, его окружающих. Носители этого расстройства характеризуются постоянными антисоциальными и часто противоправными действиями, неспособностью соответствовать принятым социальным нормам, что осложняет их социальные взаимодействия.

В МКБ-10 это расстройство личности называется диссоциальным. Термин "диссоциальный" встречается в американском учебнике психиатрии под редакцией Arieti.

Под термином "диссоциальный" в то время понимались лица, проявляющие антисоциальное поведение по отношению ко многим людям, но по отношению к узкой группе лиц, например, членам семьи, членам социальной группы эти лица проявляют лояльность с недопущением в отношении к ним антисоциальных действий. Поэтому термин "диссоциальный", встречающийся в МКБ-10, вызывает определенные затруднения у тех, кто знаком с его прежним значением.

Антисоциальное расстройство личности в DSM-IV диагностируется, как и все расстройства, с 18-летнего возраста, но при этом выделяются признаки, проявляющиеся до 15-летнего возраста. Значение этих признаков велико, так как они предопределяют дальнейшее развитие "полноправного" антисоциального расстройства, для которого характерны отсутствие привязанности к людям; отсутствие сопереживания, сочувствия; импульсивность; несоблюдение норм морали; отсутствие сожаления, раскаяния и угрызений совести по поводу допущенных нарушений. Лица с антисоциальным расстройством могут быть достаточно и даже высоко интеллектуальными. Для них характерно умение держаться, умение соответствовать общепринятым нормам, производя положительное впечатление на окружающих. Таким образом, при кратковременном контакте с ними у окружающих часто возникает о них неправильное представление. Например, в ситуациях кратковременного разговора, психологического интервьюирования, собеседования они при прочих равных условиях производят порою даже лучшее впечатление, чем те, кто такого расстройства не имеет. Отрицательные качества, свойственные им, выявляются только при изучении их поведения в течение сколько-нибудь длительного промежутка времени, а не в обстановке непродолжительной беседы, в течение которой они могут "собраться", добиваясь у собеседника

необходимой положительной оценки.

Для людей с такого рода расстройствами характерна хорошая вербализация, логика, умение правильно оценить обстановку.

Основные отрицательные качества у лиц с антисоциальными расстройствами начинают проявляться уже в раннем возрасте. К ним относятся, согласно DSM-IV, следующие:

1. частые уходы из дома с невозвращением на ночь. Стремление взрослых наказать их сопровождается невыполняемыми обещаниями не повторять такого поведения;

2. склонность к физическому насилию, драчливость с более слабыми сверстниками;

3. жестокость по отношению к другим и издевательство над животными;

4. сознательное повреждение собственности, принадлежащей другим;

5. целенаправленные поджоги;

6. частое вранье, вызываемое разнообразными причинами;

7. склонность к кражам и грабежам;

8. стремление к вовлечению лиц противоположного пола в насильственную сексуальную активность.

Наличие трех и более признаков позволяет отнести их носителя к категории лиц, страдающих антисоциальным расстройством. В дальнейшем после 15-летнего возраста у носителей антисоциальных расстройств проявляются следующие признаки:

1. трудности в учебе, связанные с неподготовкой домашних заданий;

2. трудности в производственной деятельности, связанные с тем, что такие лица часто не работают даже в тех случаях, когда работа доступна для них;

3. частые, необоснованные отсутствия в школе и на работе;

4. частые уходы с работы без реальных планов, связанных с дальнейшим трудоустройством;

5. несоответствие социальным нормам, антисоциальные действия, носящие уголовно-наказуемый характер;

6. раздражительность, агрессивность, проявляющиеся как по отношению к членам семьи (избиение собственных детей), так и по отношению к окружающим;

7. невыполнение своих финансовых обязательств (не отдают долги, не оказывают финансовой помощи нуждающимся родственникам);

8. отсутствие планирования своей жизни;

9. импульсивность, выражающаяся в переездах с места на место без ясной цели;

10. лживость;

11. отсутствие лояльности к окружающим со стремлением "свалить" вину на других, подвергнуть риску других, например, оставляя открытой электропроводку, опасную для жизни.

Несоблюдение правил техники безопасности при работе, сопряженной с риском для жизни. Стремление к рискованному автовождению с подверганием риску других. Отсутствие активностей, связанных с заботой о собственных детях. Частые разводы. Отсутствие угрызений совести по поводу ущерба, нанесенного другим. У лиц с антисоциальными нарушениями почти не представлены тревога и страх, поэтому они не боятся последствий своих действии.

В XIX веке поведение таких людей квалифицировалось как "моральное безумие" потому, что, с точки зрения психиатров, наблюдавших таких людей, человек с нормальным интеллектом, будучи психически здоровым, не в состоянии совершать подобные действия, так как удовольствие, получаемое им, незначительно, а последствия для других и самого себя разрушительны.

"Ядром" этого нарушения является получение удовольствия любой ценой, поэтому особенностью лиц с антисоциальными нарушениями является выдвижение на первый план деятельности, направленной на получение удовольствия. Им свойственен примитивный гедонизм, без учета реальной возможности следующего за антисоциальными действиями наказания. Поэтому запугивать их наказаниями бессмысленно. Эти лица стремятся к гиперстимуляции, чувствуя себя лучше во время пребывания в активном состоянии. Они не выносят состояния пассивности, одиночества, изолированности. Поэтому термин "асоциальный" по отношению к этим лицам выглядит как нелепый нонсенс. Они стремятся к контактам с другими, но в этих контактах совершенно не учитывают их интересов. Любые требующие усилий действия производятся ими лишь при одном условии — получение удовольствия от деятельности. В случае несоблюдения такого условия, делать работу, не доставляющую им положительных эмоций, они не будут. Стремление к получению удовольствия носит поверхностный характер, не затрагивая глубинных эмоций.

Социальная непродуктивность таких людей базируется на том, что им быстро все надоедает. Начав с подъемом и энтузиазмом выполнять какую-либо деятельность, они быстро в ней разочаровываются, находя работу рутинной, скучной и неинтересной. Это приводит к появляющимся нарушениям, ошибкам и промахам, вызывающим возмущение окружающих.

Лицам с антисоциальными расстройствами свойственно злоупотребление веществами, изменяющими психическое состояние, например, алкоголем и наркотиками. Вместе с тем, развитие аддиктивного поведения в плане химических аддикций — не очень, характерно, так как носит периодический характер. Они легко бросают употреблять алкоголь или другое вещество. Такие люди легко вовлекаются в многообразные виды антисоциальной деятельности. У них отсутствует фиксация на алкоголе. Это проявляется, например, в том, что при положительном отношению к алкоголю для них нетипично доставать его, они участвуют в выпивке только тогда, когда их угощают. В случае развития у них физической зависимости, связанной с употреблением жестких наркотиков, например, опийного ряда, возникновение аддикций более вероятно.

Наиболее слабым местом для лиц с антисоциальными нарушениями является гипостимуляция, которую они плохо переносят, испытывая при этом выраженный психологический дискомфорт. Эту особенность следует учитывать при профессиональном отборе. Так, увлеченные, например, романтическим порывом, они стараются уехать в места, где

отсутствуют развлечения и нет возможности быстро вернуться, например, участвовать в экспедициях. В силу того, что им быстро все надоедает, у них появляется агрессивность по отношению к другим, усиление конфликтности, провоцирующей разнообразные нарушения.

ПОГРАНИЧНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Согласно DSM-IV, основным признаком пограничных личностных расстройств является слабость идентичности, проявляющаяся в различных контекстах. Понимание нарушений идентичности требует определенного уровня абстрагирования. Речь идет о возникновении у человека вопросов: "Кто он? Для чего он?". Настороженность психиатров при возникновении такого рода вопросов экзистенциального характера объясняется возникающими у них подозрениями о наличии в этих случаях психического заболевания.

Нарушение идентичности может возникать под влиянием неспособности человека интегрировать составляющие своего Self, носящие "взрывоопасный" характер. Используя метафору, такую "взрывоопасную интеграцию" Self можно сравнить с соединением, готовым к распаду. Материал, разрушающий Self, идет из глубин подсознания. Активизация глубинных слоев подсознания, вызванная определенными причинами, врывается в Self, вызывает нарушения идентичности с появлением у человека ощущения отсутствия принадлежности самому себе. Это явление может проявляться следующими видами переживаний: возникновение ощущения нереальности; ощущения невозможности разобраться в происходящем; нарушение восприятия реальности ("все так, но все по-другому"), ощущение взгляда на мир "через стекло". Возможно возникновение внутренних ощущений, не переживаемых ранее, например, таких, как необычные, не поддающиеся вербализации чувства овладения частью своего собственного подсознания; может быть ощущение сна; ощущение того, что это происходит с кем-то другим. Таким образом, нарушения идентичности характеризуется возникновением дезинтегративных для Self ощущений.

При пограничных личностных расстройствах существует возможность возникновения аналогичных ощущений, но в отличие от человека, испытывающего эти ощущения и не страдающего пограничным расстройством, они для этих людей в определенном смысле не чужеродны.

Во-первых, потому, что эти ощущения уже возникали. При этом человек говорит: "Я уже это пережил, это уже со мной было". В отличие от страдающих психическими заболеваниями лица с пограничными расстройствами могут быстро "выскальзывать" из этих ощущений, как возникающих, так и уходящих. "Выскальзывание" связано не с интеграцией материала, а с потерей его актуальности, проходящей так, как, например, проходит состояние алкогольной интоксикации.

Во-вторых, человек с пограничным личностным расстройством может управлять этими ощущениями. В этом состоит положительная сторона этого явления. Отрицательная же сторона заключается в постоянном пребывании человека на грани инфляции сознания и Self материалами недостаточно интегрированного подсознания. Self такого человека всегда рыхлый, ему не свойственно состояние спаянности. При этом могут возникать периоды

оживления, оптимизма, хорошего настроения, сопровождающиеся пониманием, что эти периоды временны и состояние вскоре изменится. Поэтому лица с пограничными расстройствами несчастны. Поступающий из подсознания материал недостаточно интегрируется и не приводит к расширению Self. Не стимулируется религиозное чувство. Происходит потеря веры человека в себя, так как в силу сохранности интеллекта такие люди понимают, что их жизнь не складывается и они не знают, ради чего живут.

При дифференциации пограничного расстройства с шизофреническим процессом следует отметить наличие при пограничных расстройствах очень похожих на шизофрению эпизодов. Например, повторяющиеся периоды отказа могут напоминать простую форму шизофрении (по ICD-10). При возникновении подозрительности, связанной с прорывом в Self архетипов, например, архетипа врага, состояние следует дифференцировать с параноидной формой шизофрении.

Эмоциональные состояния у лиц с пограничными расстройствами могут приближаться по своим проявлениям к большим депрессиям. Бывает необходима дифференциация и с гистрионическими расстройствами при легкой "смене" симптоматики. Поведение таких пациентов может восприниматься как несерьезное и ролевое.

Возникновение депрессивных симптомов во многом связано с плохим отношением к себе. "Спасением" таких пациентов является отсутствие "спаянности" Self, что способствует кратковременности депрессивной симптоматики.

Наряду с отсутствием у лиц с пограничными расстройствами "спаянного" Self, у них слабо представлено superego, что свойственно также гистрионическим и нарциссическим расстройствам.

Kemberg, обращая внимание на свойственную нарциссическим личностям патологическую лживость, отмечал, что им нельзя доверять, в силу того, что они могут предать и подвести. Лицам с пограничными нарушениями свойственно такое же поведение. Разница заключается в том, что человек с нарциссическими особенностями лжет или совершает предательство по отношению к окружающим для получения непосредственной выгоды, способствующей реализации его нарциссической карьеры, а люди с пограничными расстройствами совершают аналогичные поступки с гедонистической целью, для того, чтобы именно в этот момент чувствовать себя хорошо. Стремление к гедонизму является компенсацией плохого отношения к себе. Психологическая образованность некоторых лиц с пограничными расстройствами позволяет им характеризовать свое поведение фразой типа "Мы такие, потому что мы — гедонисты". Не видя перед собой перспективы длительной жизни и пытаясь получить удовольствие сейчас и немедленно, они рассуждают примерно следующим образом: "Вчерашний день уже прошел, завтрашний еще не наступил, будем наслаждаться днем сегодняшним".

В противоположность этому лица с нарциссическими нарушениями имеют пролонгированную, рассчитанную на успех будущностную ориентацию.

У лиц с пограничными расстройствами не развито религиозное чувство. Характерной для них чертой являются совершаемые ими суицидные попытки в ситуациях, которые при

объективном рассмотрении причиной суицида быть не могут. И хотя мысль о суициде может не реализоваться "по техническим причинам", но мысль эта всегда серьезна. Свойственное им самоповреждающее поведение далеко от демонстративности, характерной для гистрионических суицидных попыток. Типичной является не демонстративность, а необходимость самопроверки с постановкой вопроса "А что же на самом деле я могу выдержать?".

В отличие от гистрионических лиц, пациентам с пограничными расстройствами не свойственна любовь к разыгрыванию ролей. Ролевые игры энергоемки. Они требуют спаянности, собранности в реализации выбранной для себя роли. Лица с пограничными расстройствами, несмотря на свое разнообразие и деструктивность, всегда естественны, им претит ролевое поведение. При разговоре с такого рода пациентами обращает на себя внимание их возмущение истеричным поведением других, в силу того, что они видят в таком истеричном поведении свой искаженный образ. Необходимо помнить о серьезности поведения лиц с пограничными расстройствами, являющегося не просто игрой, а игрой, которая часто имеет плохой конец. Типичным для лиц с пограничными расстройствами является феномен, о котором, к сожалению, мало говорят, заключающийся в привлекательности для них тематики, связанной со смертью. Это выражается в чтении литературы, содержащей в себе описание лиц, покончивших с собой, в попытках познакомиться со специальной литературой, посвященной этим вопросам и болезненным стремлением к разговорам на эту тему с другими людьми.

Интересно наблюдение одного из психиатров, общающегося со своим коллегой с пограничным расстройством. Ее особенно привлекали пациенты, совершавшие самоубийства. В дальнейшем у нее самой имела место серьезная суицидная попытка.

Одним из признаков пограничных личностных нарушений является импульсивность. Психоаналитическое объяснение ее происхождения заключается в том, что неспаянный Self оказывается не в состоянии контролировать импульсы, идущие из id. То есть, человек с такого вида расстройствами находится под властью импульсов, идущих из подсознания, которые могут быть как внешне позитивными, так и негативными. "Позитивность" выражается в направленности импульсов на удовлетворение гедонистических желаний, а негативность направлена на деструкцию (суицидальные импульсы). Гедонистический импульс может быть связан с реализацией разных драйвов. При появлении, например, сексуального драйва лица с пограничными расстройствами его реализуют. Ego и superego не являются достаточной защитой от стремления к немедленной реализации драйва в силу их слабой представленности. Self также недостаточно спаян, чтобы этому противостоять. Осуществляемая таким образом реализация сексуальных намерений противоречит реальным адаптивным реакциям, сопряжена с риском и дискредитирует личность в социальном плане, так как контакты с неподходящими людьми в неподходящем месте опасны. Некоторые аналитики рассматривают это явление как прямую реализацию аутодеструкции, свойственную пограничным личностям, но это не всегда так. Иногда речь идет о некорригируемом, овладевающем человеком на определенное время драйве.

Это могут быть импульсы, связанные со стремлением получить удовольствие и в других реализациях, например периодические увлечения алкоголем, наркотиками, едой, быстрой ездой на автомобиле, азартными играми. Таким образом, для лиц с пограничными нарушениями

типичны различные формы азартного поведения, связанные с риском. Импульсы могут быть очень разными. Пристрастие к фиксации на каком-то одном их них отсутствует.

Возможно состояние, во время которого лица с пограничными нарушениями "теряют голову", совершая поступки, противоречащие их интересам и несовпадающие с тем, чего, от них ожидают.

К защитным реакциям таких личностей относятся интеллектуализация и проекция. Интеллектуализация носит философское содержание, базирующееся на экзистенциальных проблемах, касающихся смысла жизни в целом и критики общепринятых систем ценностей.

Одной из проблем, характерных для лиц с пограничными расстройствами, является отсутствие у них умения контролировать легко возникающую злость, проявляющуюся в виде взрывов, сопровождающуюся деструктивными действиями и выступающую как компонент дисфорического настроения. Во время дисфории эти лица раздражительны, легко вступают в конфликты, проецируя на других то, что вызывает у них сколько-нибудь представленное чувство вины с постепенным вырабатыванием навыка к сочетанию двух видов психологической защиты интеллектуализации и проекции. Проекция выражается в способности лиц с пограничными нарушениями на вербальном уровне хорошо и убедительно обвинять других с использованием формальной логики для демонстрации своей правоты и неправоты других. Они сами характеризуют себя как "мастеров дискуссий", победителями которых они чаще всего являются.

Наступающие у лиц с пограничными нарушениями внезапные периоды отказа поражают воображение тех, кто видит это впервые. Отказ от многих действий характеризуется резко выраженным уменьшением продуктивности психической деятельности с изменением эмоционально-волевой сферы. С количественной точки зрения эмоций становится меньше. А вот содержание эмоций оценить трудно. Хотя отдельные элементы дисфории могут присутствовать, это не дисфория и не депрессия. Возникает состояние эмоционального отсутствия, в период которого эмоциональная сфера находится как бы в дремотном состоянии. Для этого периода характерны пассивность, малое количество движений, гипомимия. Такие люди выглядят как "неживые".

Механизмом развития этих состояний является блокада энергетических импульсов, идущих из подсознания. Выражаясь метафорически, садится "источник питания", обеспечивающий функционирование человека. Анализировать эти нарушения трудно, особенно в связи с отсутствием у лиц с пограничными нарушениями желания их охарактеризовывать. Лицам с пограничными расстройствами свойственны высказывания типа: "У меня бывают такие состояния, но это не болезнь, хотя я понимаю, что другие расценивают их как болезнь, а меня как психически больную". Отсюда желание скрыть наличие этих состояний от окружающих и попытки не говорить о них. Попытки эти обычно удаются, несмотря на наличие частых периодов отказа, во время которых лица с пограничными нарушениями прячутся от окружающих. Действия, совершенные во время этих состояний, неадекватны, в связи с отсутствием сознательного контроля над ними. Например, оставаясь дома, такие люди могут оставить включенным электроприбор, могут не закрыть дверь, принять большую дозу какого-то лекарства, формально объясняя это, например, сильной головной болью. Иногда возникает

экзистенциальная тревожность, что стимулирует желание употреблять транквилизаторы. Периоды отказа кратковременны, с продолжительностью от нескольких часов до одного дня с последующим возвращением к исходному состоянию.

Нарушения идентичности оказывают непосредственное влияние на половую ориентацию с наличием тенденции почувствовать себя в роли лица противоположного пола. Этим объясняются попытки вступления в гомосексуальные и лесбийские связи, объясняемые лицами с пограничными нарушениями как необходимость расширять свой сексуальный кругозор. Нарушения идентичности представлены также в частой смене такими людьми профессии, учебного заведения и места работы.

Лиц с пограничными и антисоциальными нарушениями объединяет наличие у тех и других гедонистических тенденций с быстро наступающим чувством пресыщения. Воодушевленность, увлеченность, настойчивость сочетаются у них с быстрой потерей интереса к происходящему с последующим совершением неадекватных и нелепых, с точки зрения окружающих, действий, проявляющихся, например, в уходе с последнего курса института, в прерывании почти законченной работы.

В дополнение к негативным чувствам бездны, пустоты, чувству отсутствия себя, свойственным для лиц с пограничными расстройствами, добавляется еще и чувство экзистенциальной скуки.

Психологической защитой от такого рода чувств является установление Self-объектной связи с человеком. В силу неспаянности Self они понимают, что, во-первых, связь с объектом — их слабая сторона, а, во-вторых, если такая связь возникает, то ее реализация возможна только с психологически совместимым человеком, на которого они произвели сильное впечатление. Установлению любовной связи с этим человеком лица с пограничными расстройствами придают большое значение. Эта связь на каком-то этапе, как и при любовных аддикциях, может быть очень интенсивной. Однако возникающей интенсивности противоречит их общая структура личности, характеризующаяся неспаянностью, расщепленностью Self. Поэтому, несмотря на наличие интенсивных отношений, не исключен выход за рамки этих отношений с установлением, например, малозначимых, временных, часто одноразовых сексуальных отношений с другими. Анализ этого явления показывает, что в параллельных отношениях с другими участвует другой фрагмент Self. С точки зрения Fairbaim, у таких людей существует ранний опыт отношений с другими, интернализирующийся и базирующийся в подсознании. Разрыв значимых отношений провоцируют факторы, стимулирующие проявление прежних, первичных Self-объектных отношений, по своему содержанию это часто разрушительные контакты с антисоциальными людьми. Анамнез лиц с пограничными нарушениями показывает наличие в их жизни тайн, "вторых жизней", которые они пытаются скрыть, что часто сделать не удается. Это проявляется в неожиданных появлениях незнакомых людей, предъявляющих лицам с пограничными нарушениями требования, права, непонятные для родителей и близких.

Люди с пограничными расстройствами ценят и оберегают отношения со значимым Self-объектом, так как они понимают, что ничего другого у них нет. Этим объясняется присутствующий в их жизни постоянный страх покинутости. Разрыв значимых отношений

сопровождается развитием депрессии, а предпринимаемые попытки изменить ситуацию делаются неуклюже и грубо, способствуя еще большему ее ухудшению. Частым выходом из сложившейся ситуации является серьезный суицид.

Частая смена точек зрения, взглядов и систем ценностей на происходящие события является характерной чертой лиц с пограничными нарушениями. Переключения на другие системы ценностей носят кратковременный характер и происходят в результате различных случайных факторов, впечатлений, произведенных на них какими-то людьми или событиями. Поэтому ответы на такой сакраментальный вопрос: "Что же для них истина?" разнообразны и зависят от короткого, быстро меняющегося временного промежутка их жизни.

Отличительной чертой лиц с пограничными нарушениями является интерес к различным сверхъестественным явлениям, таким, как, ясновидение, предвидение, шестое чувство, привидения, вторая реальность, духи. Своеобразие этой черты заключается, с одной стороны, во влечении к этим явлениям, а с другой — в том, что далеко в них они "не уходят" и сохраняют связь с дальностью, в отличие от шизотипических личностных расстройств. Это обусловлено тем, что глубокая погруженность в эти явления способствует быстрому развитию у лиц с пограничными нарушениями ощущения экзистенциальной тревоги. Последняя носит настолько выраженный характер, что они предпринимают все возможные меры для избавления от него. Например, просмотр спектакля "Преступление и наказание" по Ф. М. Достоевскому в театре Любимова вызывал панический страх у женщин с пограничными нарушениями в связи с содержанием в постановке элементов, провоцирующих ощущение угрозы. Просмотр фильмов, чтение книг с содержаниями, имеющими отношение к архетипной символике, может вызывать подобные состояния.

Симптомом, характерным для лиц с пограничными нарушениями, является их нежелание фотографироваться, смотреть в зеркало и рассматривать свои фотографии. Эти процессы вызывают у них неприятные эмоции, связанные с усилением нарушения идентичности.

ГИСТРИОНИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Для этого вида расстройства характерна склонность к преувеличенным эмоциональным реакциям, к драматизации происходящего, стремление испытывать сильные чувства, выраженный эгоцентризм и экстравертированность. Лица с гистрионическими расстройствами социабельны, нуждаются в постоянном внимании к себе, в необходимости производить на других хорошее впечатление, стремясь быть в центре внимания с целью получить похвалу, используя для этого разные средства, зависящие от возможностей. Такие лица практически постоянно играют определенную роль, настолько вживаясь в нее, что порой трудно разобраться, где же их настоящее "Я". Например, их способность производить впечатление сексуально соблазнительных людей с использованием соответствующего стиля поведения и внешнего вида производит ошибочное впечатление, так как в действительности, в интимной сфере этим людям свойственна достаточная холодность.

Носители гистрионического расстройства чрезвычайно озабочены тем, чтобы выглядеть соответствующим случаю образом. Свои эмоциональные реакции они выражают в

преувеличенном виде, стараясь показать, например, не сам факт наличия радости, а себя в этой радости, демонстрируя себя радостным, хотя в действительности, эмоции такой силы они не испытывают. С этой целью они используют восклицания, и необходимые для этого внешние признаки, такие, как драматизация, театральность в поведении, пытаясь показать наличие у них "переживаний". Несмотря на старания, люди, хорошо их знающие и достаточно наблюдательные, видят неискренность и неестественность их поведения, которое особенно раздражает близких и родственников, делающих им замечания типа "Как же ты можешь так себя вести?", что, однако, не приводит к изменению общего стиля поведения гистрионической личности.

Для лиц с такого вида расстройствами характерно постоянное стремление быть в центре внимания, что объединяет их с лицами, имеющими нарциссические особенности. Отличие заключается в том, что если человек с нарциссическими нарушениями может "перенести" пребывание на "периферии", то гистрионические лица всегда стремятся быть в центре внимания, привлекая к себе окружающих замечаниями, восклицаниями, громкими фразами и смехом.

Они легко и быстро переходят от одного вида настроения к другому. Так, выражая крайнее сочувствие человеку, отвернувшись от него и подойдя к другому, тут же проявляют реакцию радости и восторга.

Им свойственна эгоцентричность, стремление к немедленному удовлетворению своих желаний и неадекватное переживание фрустрации. Наличие ситуаций, связанных с необходимостью отсрочить удовлетворение желания, вызывает у них переживания, эмоциональные реакции разочарования, неудовольствия, а иногда и гнева. Их поведение носит импрессионистический характер.

Речь таких людей изобилует фиксацией на деталях и общими оценками типа "Это было замечательно!", или "Я посмотрел великолепный спектакль!", "Я познакомилась с необычайным человеком!".

Во взаимоотношениях с людьми ими часто используется эмоциональный шантаж. Например, разыгрывание гневных сцен, демонстрация слез, угроза покончить с собой, встречающаяся у таких лиц наиболее часто. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и этими людьми. Наличие такого барьера приводит к поиску гистрионическими лицами новых знакомых, новых зрителей. Демонстрируемые ими состояния они переживают лишь в незначительной степени, о чем свидетельствует их быстрый выход из этих состояний с возникающим удивлением, проявляющимся в вопросе: "Почему же другие помнят то, чего не помню я?"

Такие лица нередко обманывают и самих себя, продолжая считать себя правыми, несмотря на то, что все факты свидетельствуют об обратном. Обманывая других, они защищают свою ложную позицию вопреки здравому смыслу. Это поведение во многом напоминает поведение детей, поэтому окружающие иногда говорят о наличии у них незрелых эмоциональных реакций, что в целом не совсем точно отражает существо процесса.

Несмотря на реально существующее недостаточное эмоциональное участие в любовных

отношениях, они склонны к демонстрации любви в присутствии большого количества свидетелей, хотя проблема сексуальной холодности для них чрезвычайно актуальна.

Schneider выделял в этой категории людей лиц, постоянно ищущих внимания, с выраженным стремлением создать впечатление своей необычности, сопровождающимся изощренными попытками показать себя именно с этой стороны.

В описаниях гистрионических расстройств имеется ряд признаков, объединяющих их с нарциссическими и антисоциальными расстройствами. Отличием от последних являются отсутствие у гистрионических лиц склонности к правонарушениям и лабильный, гибкий, мягкий характер поведения.

НАРЦИССИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Изложение Овидием в "Метаморфозах" мифа о Нарциссе содержит в себе в несколько завуалированной форме ряд актуальных уже для античного мира значений. Овидий сообщает о родителях Нарцисса, нимфе Лейриопе и изнасиловавшем ее речном боге Цефисе. Этим подчеркиваются травматические моменты в прошлом Нарцисса. Основные мотивы, которые представляется возможным проследить в этом изложении, следующие:

(1) мотив отверженной любви нимфы Эхо;

(2) мотив мести богини, наказывающей эгоцентричного и беззаботного Нарцисса возникновением страсти, которую нельзя реализовать;

(3) мотив двойника, основанный на иллюзии: Нарцисс влюбляется в свое отражение;

(4) мотив страстного желания;

(5) мотив магического превращения (Эхо становится бестелесной, и Нарцисс превращается в цветок);

(6) мотив смерти;

(7) мотив воскресения: цветок воскресает вечно, когда зима сменяется весной.

Несмотря на античное происхождение термина и его различное толкование в истории прошлого, только в XX веке термин "нарцисс" и производный от него "нарциссизм" стали употребляться все более часто и ассоциироваться с проблемами психического здоровья, психоанализа и психиатрии. Нарциссическое личностное расстройство было включено в качестве диагностической единицы впервые в DSM-III (1980), хотя и до этого концептуализация нарциссизма имела содержательную историю, начиная от Freuda (1914). Концепцию разрабатывали ряд авторов, прежде всего Kohut (1966, 1972); Kernberg (1974, 1980, 1984); Klein (1957); Fairbaim (1952); Elits (1988); M. Balint (1952, 1968); A. Balint (1939); Plahun (1987).

Диагностические критерии нарциссического личностного расстройства, согласно DSM-IV (1994), включают всепроникающий паттерн грандиозности и отсутствие эмпатии. Расстройство может диагностироваться при установлении пяти или более признаков, среди которых

выделяются: 1) грандиозное чувство самозначимости; 2) захваченность фантазиями неограниченного успеха, власти; 3) вера в собственную уникальность, которую могут оценить только особо одаренные люди; 4) потребность в восхищении; 5) чувство привилегированности; 6) эксплуатативность в межличностных отношениях; 7) отсутствие эмпатии; 8) зависть к достижениям других; 9) вызывающее, наглое поведение.

Фрейдовские представления о нарциссизме имели большое влияние на последующих исследователей этой проблемы. Так, например, Фрейд установил развитие нарциссизма от его инфантильной (первичный нарциссизм) до зрелых форм, а также значение нарциссизма в формировании внутрипсихической структуры. Остаются актуальными заключения Фрейда о возможности нарушения нарциссического развития, в результате чего могут возникать специфические формы нарциссической психопатологии.

Психопатология, которую Фрейд рассматривал как нарциссическую, по психопатологическим механизмам включала, наряду с "нарциссическими неврозами", шизофрению.

Фрейд выделял "первичный нарциссизм" как социальную стадию психосексуального развития, которая может быть остановлена, и/или на каком-то этапе развития регрессировать. Такие отклонения ведут к развитию психопатологии.

Человек формирует отношения с другими людьми посредством катексиса их психических свойств (репрезентаций) с собственным либидо. Если катексис прекращается, другие (ранее катексистированные) люди как бы просто перестают существовать. Больной шизофренией "отводит свое либидо от людей и вещей во внешнем мире, не заменяя их в фантазиях". Фрейд считал, что этот механизм объединяет потерю интереса к окружающему миру больных шизофренией. Лишенное катексиса либидо функционирует в ego пациента и его теле, чем могут объясняться идеи величия и ипохондрические переживания. Фрейд выделял два типа выбора объектов, наблюдающихся в случаях нормального и патологического развития: (1) аналитический (тип привязанности) и (2) нарциссический. Нарциссический тип любит: а) то, чем он/она сам являются; б) то, чем он/она сам был раньше; в) чем бы ему/ей хотелось быть; г) кого-то, кто когда-то был его/ее частью.

Аналитический тип любит людей, которые заботятся о нем, защищают его. Miklos Balint (1937) отрицал наличие первичного нарциссизма. Balint писал: "Самая ранняя фаза внеутробного существования не является нарциссической: она направлена по отношению к объектам". Это первичное, архаичное, примитивное объектное отношение Balint назвал "первичной любовью". Первичная любовь является "матерински-детской" и представляет гармоничное взаимопроникновение и смешивание. Невозможно определить, где и кто из этой структуры кончается или начинается.

Alice Balant (1939) акцентуировала, что в этом периоде мать переживает ребенка как часть себя, таким же образом, как ребенок рассматривает мать как часть себя.

Все более поздние объектные отношения вырастают на основе этих первичных объектных отношений. С точки зрения M. Balint, конечной целью человеческих стремлений является восстановление всепоглощающей гармонии со своим окружением.

Gaunt считал, что нарциссизм всегда вторичен и является результатом реакции на фрустрации, нарушающие первичные объектные отношения.

Kohut (1966), в отличие от Balint, придерживается взгляда, что ребенок рождается в состоянии первичного нарциссизма. Первичный нарциссизм определяется как состояние, в котором "ребенок первично переживает мать и ее действия внутри картины мира, в которой дифференциация "Я" — другой еще не установилась".

Баланс первичного нарциссизма нарушается в связи с тем, что поведение матери всегда несовершенно и порою травмирует ребенка. Ребенок, согласно Kohut, реагирует на это, образуя две новые системы: (1) нарциссический self и (2) идеализированный родительский имидж. Это две нормальные нарциссические психологические констелляции: внутри констелляции нарциссического self все приятное, хорошее и совершенное рассматривается как часть рудиментарного self, в то время как все неприятное, плохое и несовершенное рассматривается как "внешнее". Внутри идеализированного родительского имиджа ребенок "старается сохранить первичное совершенство и всевластие, наделяя рудиментарное Вы, взрослого, абсолютной силой и совершенством". В дальнейшем в условиях нормального развития эти нарциссические структуры участвуют в формировании и функционировании структур ego и superego: идеализация родительского имижда трансформируется в идеализацию superego, а развитие нарциссического self имеет прямое отношение к структуре и функции ego.

Следует подчеркнуть, что для Kohut'a нарциссический (грандиозный) self является нормальным явлением. С точки зрения Kohut, переход от инфантильных форм нарциссизма к зрелым формам приводит к формированию внутрипсихической структуры человека, внутри которой формируется ego-идеал, идеальное ego, действующее как важная составная самооценки. Самооценка, свойственная раннему детству, остается в памяти надолго. Человек как бы не хочет забыть нарциссическое совершенство детства, но, по мере своего роста и развития критического отношения к себе и к происходящему, совершенное представление детства становится трудно сохранить. Поэтому формируется ego-идеал, как новая форма, которую он проецирует на себя, как заменитель потерянного инфантильного детского нарциссизма, являющегося идеалом ранее.

В противоположность этой точке зрения Kemberg (1974) считал, что грандиозный нарциссический self всегда патологичен и не может участвовать в нормальном развитии. Kemberg высказывает убеждение, что лица с нарциссическими личностными расстройствами обладают "интегральным, хотя в высокой степени патологическим грандиозным self. Kemberg полагает, что грандиозный self мешает консолидации нормального ego и superego. Особенно это проявляется в формировании ego-идеала, а также объектных отношений.

Анализируя причины развития патологического грандиозного нарциссического self, Kemberg придает большое значение неблагоприятным средовым факторам, чем конституциональным, обусловленным отсутствием переносимости агрессивных импульсов конфликтам в связи с агрессивными драйвами. Kemberg выделяет в этом плане "разочарования" родителями, которые пациенты могут вспомнить в процессе психоанализа.

Kemberg обращает внимание на роль "хронически холодной, нарциссической и в то же

время сверхпротективной материнской фигуры в качестве главного этиологического элемента в психогенезе этой патологии".

Таким образом, в настоящее время нарциссические нарушения относят к особому виду личностных расстройств. В существующих классификационных схемах выделяются описательные признаки, на основании которых эти расстройства диагностируются. Тем не менее, остается значительная несогласованность и разноречивость в отношении механизмов, динамики и структурной характеристики нарциссических расстройств.

В современных классификациях нарциссических личностей не говорится о таком явлении, свойственном этим личностям, как идеализация. Это понятие вводит Kohut, связывая тенденцию к идеализации с возникновением у нарциссической личности идеализированного self-объекта. Причину идеализации Kohut описывает следующим образом. Лицам с нарциссическими проявлениями, относящимися к категории нормы, свойственно стремление к установлению удовлетворяющих и соответствующих их внутреннему миру объектных отношений. Этому способствует выбор объекта, соответствующего идеальному образу того, кто выбирает. Возможность возникновения фрустрации вполне естественна, так как на выбираемый объект проецируются черты существующих в детских фантазиях романтических имиджей героев. Создание идеализированного self-объекта на основе представлений, наделенных такими чертами, как благородство, храбрость, мужественность и великодушие, таит в себе опасность, заключающуюся в том, что этот нарциесический, невротический выбор не может соответствовать идеалу. Поэтому рано или поздно наступает разочарование.

Выбор объекта связан с поиском людей, на которых проецируются анима и анимус.

Проекция анимы и анимуса для лиц с нарциссическими особенностями более вероятна на лиц, которые характеризуются следующими чертами:

1. артистичность, умение исполнять роль в определенных сценариях;

2. хорошая эмпатия, позволяющая "схватить" на интуитивном уровне то, чего от него/нее ожидают.

Умение играть роль облегчает контакт, позволяет произвести то впечатление на нарциссическую личность, которое она и ожидает. Нарциссические лица не проявляют обострении эмпатии, это не их сильная сторона. Нарциссическая личность выбирает идеализированный self-объект по механизму, включающему в себя поиск идеализированного образа, который может играть роль спасителя, тирана, советчика, человека, раскрывающего таланты, считающего, что цель его жизни — подчинение себя нарциссической личности.

Практика показывает, что сторона, которую выбирают, обладает эмпатией и характеризуется наличием внутреннего комплекса неполноценности, проявляющегося в периодически возникающем аутодеструктивном поведении, алкогольных эксцессах, различного рода загулах, невыдержанности, частых социальных конфликтах. В то же время обнаруживается демонстративность, желание показать себя с впечатляющей, интригующей стороны. Лица с нарциссическими особенностями привлекают их тем, что они чувствуют в них талант, силу и считают, что контакт с такими людьми для них очень важен. Поэтому выбираемые лица, пренебрегая своими установками, стараются "подлаживаться" под

выбирающих их лиц с нарциссическими особенностями, удовлетворяя их требования.

Как уже указывалось, исходный подход к нарциссизму Kemberg отличается от такового у Kohut. Kemberg считает, что нарциссизм независимо от наличия фрустрации — явление исходно патологическое. Структуре нарциссизма свойственен противовес, заключающийся в одновременном наличии грандиозности и скрываемой неуверенности (неполноценности), являющейся реальным self. Настоящее "Я", с точки зрения Kemberg, — это неполноценность, а грандиозность — ее хорошая компенсация. Сочетание неуверенности с грандиозностью self — основная клиническая черта нарциссизма по Kemberg.

Kemberg описывает следующие черты нарциссизма:

— коррупционная совесть, свидетельствующая о ненадежности таких людей, об отсутствии возможности положиться на них;

— неразвитость внутренней системы ценностей, сочетающаяся с эксплуататорским отношением к людям, стремлением манипулировать ими;

— паразитизм;

— выраженная зависть к успехам других людей. Человек начинает делать для себя вещи, которые ранее делали для него другие. Это связано с тем, что осуществляющие ранее опеку не хотят или не могут помогать, проявлять заботу в прежнем объеме. Таким образом, вторичный нарциссизм представляет задействование объектных отношений с самим собой.

Одним из признаков, характерных для нарциссических нарушений, является реагирование на критику с проявлением чувства ярости, стыда или унижения. Такой человек считает себя униженным, становится раздраженным, злым даже при незначительных замечаниях. Например, напоминание человеку с нарциссическими особенностями о том, что он забыл что-то сделать, будет воспринято им, как стремление унизить, подчеркнуть одно из его отрицательных качеств. У него развивается примерно такая мыслительная схема: "Обо мне думают, что у меня плохая память, что я рассеянный человек" и далее: "Они презирают меня, считают дураком".

Характерна настроенность на возможные обиды и неумение адекватно реагировать на многие ситуации. Часто возникает нарциссическая ярость.

Kemberg считает, что существует первичная нарциссическая ярость, являющаяся прямым выражением большого количества агрессивности, свойственной всем нарциссическим личностям. Он связывает наличие агрессивности и ярости с подсознательным страхом развала конструкции "грандиозность — неполноценность", являющейся чрезвычайно хрупким образованием.

Нарциссическая личность может испытывать ярость по отношению к людям и ситуациям, играющим роли в сценариях, существующих в ее воображении. Такие сценарии изобилуют сценами, в которых критикуют и унижают. Попытки налаживания контакта с такой личностью в фазе "создания" сценария натолкнутся на злость и ярость. Поэтому лучшим вариантом "общения" с ними в этот период является дистанцирование.

Нарциссическую агрессивность, возникающую как реакцию на критику, Kemberg считает вторичной. Он полагает, что существует ярость первичная — нуклеарная и вторичная,

возникающая как реакция на ситуацию. Kemberg подчеркивает, что эта вторичная ярость имеет менее выраженное клиническое значение, определяя поведение человека в избранных ситуациях.

Признаком нарциссизма является межличностная эксплуататитивность, выражающаяся в использовании человеком с нарциссическими особенностями других людей для достижения своих целей. В ситуациях контакта с окружающими такой человек не учитывает интересов и целей других людей, рассматривая их в качестве объектов; созданных для выполнения его целей, его жизненной программы. Для реализации своих планов он стремится окружать себя людьми способными и талантливыми, успешными в жизни, используя контакты для реализации собственных целей, усиления своих социальных позиций, преследуя только манипулятивные цели. Реализации этой стратегии, впрочем, мешает нарциссическая зависть.

Грандиозное чувство собственной значимости выражается в преувеличении собственных способностей и достижений, и ожидании оценки себя окружающими как особо одаренной личности, невзирая на то, что его достижения объективно не столь значительны. Такие люди считают, что окружающие не осознают, не хотят или не могут осознать их реальных способностей, в силу того, что они недостаточно компетентны, погрязли в быту, не умеют отдифференцировать хорошее от плохого. В то же время, они часто получают положительную оценку от других, являющихся для них "подпиткой", без которой они себя плохо чувствуют. Несмотря на получение такой положительной оценки, у лиц с нарциссическими особенностями отсутствует удовольствие от этого факта и отмечается подозрение в неискренности или опять же в недостаточной компетентности оценивающих. Они испытывают неудовлетворенность от того, что получили положительную оценку не от того, от кого бы хотелось ее получить. Для них характерна невозможность испытывать истинное чувство удовольствия, релаксироваться из-за постоянного присутствия чувства беспокойной напряженности.

Нарциссические лица убеждены в том, что проблемы, касающиеся сферы их деятельности, уникальны. Попытка критического осмысления такой убежденности отсутствует, что сочетается с уверенностью в том, что в их проблемах могут разобраться только особо одаренные люди, обладающие высокой квалификацией. Отмечается трудность в нахождении таких компетентных людей, так как высокие требования, предъявляемые к ним, не удовлетворяются окружающими.

Характерны фантазии таких лиц на темы о неограниченном успехе, красоте, яркости присущего им интеллекта. Возможны также фантазии на тему об идеальной любви, сопровождающиеся желанием иметь совершенные любовные отношения, отличные от тех, которые свойственны "обычным людям". Содержание фантазий носит конкретный, не очень оторванный от реальности характер. Отрыв от реальности пугает. Реальный характер фантазий обусловлен желанием добиться конкретного исполнения своих желаний, проявляющихся в стремлении добиться успеха, награды за предпринимаемую ими деятельность. Такие люди любят сравнивать себя с окружающими, если они выигрывают в этом сравнении.

Нарциссические лица считают, что они могут многое себе позволить и что на них не распространяются правила, обязательные для других, так как они являются исключением из этих правил. Они ждут от окружающих особого отношения к себе и привилегий, в силу того,

что, с их точки зрения, они этого заслуживают. Отсутствие реализации таких ожиданий приводит к появлению у них раздраженности при встрече с мелкими препятствиями, бюрократическими проволочками и попытками окружающих добиться их подчинения. Иногда их поведение носит нелепый характер. Например, припарковка машины в запрещенных местах;

требования немедленного обслуживания в ресторане, несмотря на их более поздний по сравнению с другими приход. Они считают, что их время особенно драгоценно.

Нарциссические лица нуждаются в постоянном внимании и восхищении, пребывая в состоянии ожидания и погони за комплиментами. Этим обусловлены их попытки произвести впечатление своим поведением и желание привлечь к себе внимание, например, громким замечанием, смехом и пр. Попытка быть всегда в центре внимания приводит их к поиску друзей, создающих для них благоприятный психологический микроклимат, подхваливая и восхищаясь ими. На темы, касающиеся их достижений, они могут говорить часами, не понимая того, что это вызывает отторжение у окружающих.

Нарциссическое личностное расстройство сопровождается отсутствием чувства эмпатии, их неспособностью распознать, переживать и почувствовать то, что чувствуют другие, даже близкие люди. Это выражается, например, в их удивлении и раздражении в случае отмены встречи по причине болезни делового партнера или друга/ подруги. Такая реакция протеста объясняется тем, что болезнь других людей не является для такого человека извиняющим обстоятельством. Пребывание среди людей, обсуждающих свои собственные проблемы, обращающихся к ним за помощью, воспринимается как дело скучное и неинтересное. Человек, повествующий о каком-то увлекательном явлении и находящийся в центре внимания, также раздражает людей с нарциссическими особенностями. На таких людей, как правило, обижаются, понимая, что обращаться к ним за эмоциональной поддержкой бесполезно из-за отсутствия у них чувства сострадания. Люди с нарциссическими особенностями иногда склонны создавать для других сценарий их жизни, который характеризуется тем, что в нем главную роль, от которой все зависит, играют лица с нарциссическими особенностями. Следовательно, можно высказать предположение, что лиц с нарциссическими особенностями характеризует не столько отсутствие эмпатии, как отмечено в DSM-IV, а недостающая мотивация для ее проявления.

Нарциссические лица поглощены чувством зависти. Они не переносят конкуренции, сравнения своей деятельности с деятельностью других в случае их проигрыша в этом сравнении. Им свойственен психологический дискомфорт в случае достижения другими, даже их друзьями, большего, чем у них успеха. Дискомфорт проявляется в раздражительности, злости, угнетении и интеллектуализации, содержанием которой является попытка объяснить свой неуспех случайными факторами, предвзятым, несправедливым отношением к себе. На этом фоне возможно появление стойких отрицательных эмоций. Нарциссическая зависть вызывает разрыв отношений у ее носителей с близкими людьми, действительно хорошо к ним относящимся, что может приводить даже к разрушению семейных отношений. Попытка производить впечатление эмоциональных людей, обусловленная желанием получать высокую социальную оценку, скрывает их истинную холодную рациональность. Зависть скрывается. В случае неуспеха или неприятностей, постигших близких им людей, они чувствуют себя

психологически комфортно. Повторяющийся успех близких вызывает у них нарастание внутреннего раздражения, проявляющегося в конфликтах на разные темы. Окружающим обычно не понятна настоящая причина конфликтов.

Манипулятивность проявляется в поисках выгоды от межличностных отношений. Если близкий человек на каком-то этапе жизни становится невыгодным в плане реализации нарциссического плана, не способствует, а мешает ему, производится психологическая "калькуляция" плюсов и минусов, результаты которой влияют на дальнейший характер отношений. Конец сценария или "невписываемость" партнера в жизненный сценарий способствует разрыву отношений с ним. Одним из способов действия нарциссических личностей является повышенная требовательность к партнеру с максимальной степенью его задействования и лишением его возможности быть самостоятельным, так как самостоятельность окружающих их раздражает. Лица с нарциссическими особенностями характера часто вступают в частые серьезные конфликты, сопровождающиеся разрывом отношений. Разрыв отношений с людьми переживается ими только в том случае, если он произошел не по их инициативе. После этого они быстро восстанавливаются, так как многие вещи их эмоционально не затрагивают, кроме тех, что нарушают их карьеру и цели.

У лиц с нарциссическими особенностями возможно появление нарциссической депрессии, темой которой чаще всего является переживание, связанное с проблемами в достижении профессиональных целей. Эти депрессии напоминают экзистенциальные депрессии с той разницей, что первые связаны с конкретным событием. Похожесть связана с тем, что депрессивные лица, описывая свое состояние, по механизмам психологической защиты, не говорят, что их плохое состояние объясняется какой-то конкретной причиной, неудачей или тем более поражением. Они жалуются на то, что жизнь лишена смысла, окружающие тупы и не способны их понять. Жалобы такого характера наиболее типичны. Нарциссическую депрессию следует также отличать от анемической, возникающей у человека, оказавшегося под влиянием двух факторов: потери прежней системы ценностей и изоляции, связанной с невозможностью получить социальную и эмоциональную поддержку от друзей, знакомых и родственников. В результате многочисленных конфликтов, вызванных эмоциональной холодностью лиц с нарциссическими особенностями, они оказываются в нарастающей изоляции. В этой ситуации у специалиста может возникнуть подозрение на наличие у пациента анемической депрессии, так как налицо изоляция пациента, отрицательное, чаще ироническое отношение к нему со стороны окружающих. Дифференциация между этими видами депрессии базируется на потере человеком системы ценностей в случае наличия у него анемической депрессии, а система ценностей при нарциссической депрессии не меняется, по-прежнему центрируясь на успехе и славе. Депрессия, имеющая место в данный момент, связана с невозможностью реализовать свою систему ценностей, но по истечении некоторого времени и созданию благоприятных условий для ее реализации люди с нарциссическими особенностями вновь принимаются за осуществление своих планов. С этим связана кратковременность нарциссической депрессии.

Клинические проявления нарциссических нарушений, описанные Kohut, по сравнению с нарциссическими особенностями, представленными в DSM-IV, более развернуты. Kohut, например, относит к нарциссическим нарушениям следующие:

1. делинквентность;

2. патологическое вранье;

3. ипохондрическую сверх занятость;

4. недостаток эмпатии, отмеченный также в DSM;

5. перверзные сексуальные фантазии, связанные с унижением своих врагов. Например, фантазии на тему сексуальных отношений с мужем или женой своего врага;

6. неспособность установления осмысленных отношений со средой в ряде случаев.

Kohut считает, что поведение лиц с нарциссическими особенностями, направленное на достижение цели и благополучия, не сочетается с признанием каких-то этических и моральных норм. И это — не патология, а черта личности, провозглашающая принцип "цель оправдывает средства", даже путем использования лжи и правонарушений. Характерен в связи с этим случай, когда в условиях "творческой конкуренции" конкурентку дискредитировали путем распространения слухов о наличии у нее психического заболевания.

Эти проявления приближают лиц с нарциссическими особенностями к лицам с пограничными личностными расстройствами. Kemberg полагает, что нарциссические нарушения следует рассматривать, как часть категории пограничных нарушений, o'бъясняя их меньшую выраженность наличием временной интеграции дезинтегрирован-ной личности. По мнению Kemberg, целесообразно характеризовать эти состояния как "нарциссические варианты пограничного уровня организации личности". С точки зрения автора структура self у нарциссических личностей, в отличие от точки зрения Kohut, носит неспаянный, дезинтегрированный характер. Структура грандиозного self является компенсацией неспецифической слабости ego и его расщепления.

Термин Kemberg "хорошо интегрированный нарциссический пациент" относится к пациентам, у которых существуют все структурно клинические элементы нарциссического личностного расстройства, но относительная и временная спаянность и сила энергетики грандиозного self обеспечивает энергию для их успешной социальной адаптации, носящей временный характер.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Современным классификационным подходам свойственно стремление провести четкое разграничение между обсессивностью (навязчивостью) и компульсивностью (насильственностью) в связи с отсутствием у ряда специалистов понимания четкой разницы между ними, заключающейся прежде всего в том, что обсессии вызывают у их обладателя отчетливый дискомфорт и тревожность, а компульсии, наоборот, включают в себя психические акты, предупреждающие возникновение тревожности и стресса. Например, думая о возможности заражения и вымыв с особой тщательностью руки, человек на какое-то время избавляет себя от этого страха. Таким образом, возникает аналогия с вечным двигателем, заключающаяся в том, что обсессии провоцируют возникновение компульсии, компульсии

способствуют появлению обсессии и т. д.

В DSM-IV выделяется ранее не рассматриваемый тип компульсивного нарушения со слабой критикой, получивший название "слабый инсайт", при котором носитель обсессивно-компульсивного состояния недостаточно критичен к происходящему. В связи с существующим у ряда людей затруднением в понимании происходящего возникает возможность ошибочной диагностики рассматриваемого нарушения, связанная с так называемым "двойным диагнозом". Специалист, не распознавший у пациента наличие критики к происходящему, начинает думать, например, об эндогенном типе реагирования больного. Более того, большинство пациентов, предъявляющих жалобы на навязчивые идеи и мысли, скажут, что эти мысли им чужды, что вовсе не означает наличия у пациента психического автоматизма, так как понятие "чуждый" может иметь разное значение. Пациенты, как правило, в понятие "чуждый" вкладывают смысл, сообразующийся с тем, что эти мысли им не нужны, они им мешают. Возможны жалобы пациентов на отсутствие у них способности контролировать эти мысли, за исключением случаев инсертированности мыслей, что уже переходит в плоскость психического автоматизма. В диагностике такого рода нюансов возможность ошибок весьма высока.

Обсессивно-компульсивное нарушение характеризуется как постоянным, так и рекуррентным (периодическим) возникновением навязчивых мыслей и образов, возникающих в сознании.

Неприятной стороной обсессивно-компульсивного расстройства является частота возникновения неприемлемых с различных точек зрения импульсов. Например, мысли матери об убийстве своего ребенка или порнографические образы, возникающие у религиозного человека во время богослужения, вызывающие чувство греховности и др.

У многих больных в связи с этим появляется стремление подавить, игнорировать эти мысли, переключиться на что-то другое или прибегнуть к химическим средствам "нейтрализации". В работе специалиста чрезвычайно важной является цель, заключающаяся в понимании пациентом того, что эти обсессии есть не что иное, как продукт его ума и психики, над которыми он потерял контроль. До какого-то уровня человек с обсессивно-компульсивным расстройством может контролировать ситуацию, но в дальнейшем, по мере прогрессирования состояния и нарастания этих явлений, происходит потеря контроля, способная вызвать отчаяние и депрессию.

Компульсия, возникающая как реакция на навязчивость, носит целенаправленный характер, характеризуется повторениями в связи с тем, что является отражением содержания интенционального или мотивированного поведения. В совершении компульсий прослеживаются определенные ритуалы, правила и стереотипы. В каких-то случаях компульсиям свойственен отрыв от реальности, заключающийся в отражении в компульсиях символического мышления. Например, в случае совершения компульсий определенное количество раз, обозначающее число, имеющее определенное для пациента значение. Символическое значение, проявляющееся в навязчивостях и компульсиях, является связующим звеном, позволяющим предположить возможность перехода этого расстройства в другую категорию. Следовательно, существование переходных форм этих нарушений, о которых не упоминается в современных классификациях, в том числе и в DSM-IV, очевидно.

К сожалению, в современных руководствах мало говорится о втором варианте развития обсессивно-компульсивных расстройств, способных трансформироваться в сверхценные идеи, при которых человек становится фанатиком своей навязчивости. Например, превращение навязчивой боязни загрязнения в разработку человеком своей системы борьбы с загрязнением, касающейся особого отношения к приему пищи, к межличностному общению и т. д.

До недавнего времени считалось, что обсессивно-компульсивные расстройства являются достаточно редким видом расстройств. Современные эпидемиологические исследования, проведенные в США с использованием стандартизованных диагностических критериев DSM, выявили данные о значительной частоте этого расстройства, затрагивающего от 1% до 3% популяции. Анализ клинических исследований, осуществленных в других регионах мира, подтверждает социодемографические и клинические данные, полученные в США, касающиеся распространенности этого нарушения. В большинстве стран, использующих классификации DSM и ICD, этот вид расстройств рассматривается как хроническое непсихотическое психиатрическое нарушение, характеризующееся повторяющимся поведением и мыслями. Это нарушение чаще всего начинается в детском или подростковом возрасте и, как правило, диагностируется в более позднем возрастном периоде, когда симптомы нарушения начинают поглощать все большее количество времени человека. Прогрессирующий уровень поглощения времени начинает мешать течению жизни пациента, приводя в ряде случаев к его полной несостоятельности, делая невозможным осуществление необходимых для него активностей, вторгаясь в его профессиональную деятельность, во взаимоотношения с другими людьми и в способы структурирования времени.

Исследования Като (1988) показали, что соотношения между мужчинами и женщинами, страдающими этим видом нарушений, приблизительно одинаковы. Внимание исследователей обращается на значительную семейную дезадаптацию, свойственную лицам с обсессивно-компульсивными расстройствами.

Обращается внимание на то, что эти расстройства обнаруживаются значительно чаще среди безработных и разведенных, живущих изолированно. Средний возраст возникновения симптомов этого нарушения, согласно Като (1988) составляет 22,7 лет и является приблизительно одинаковым как для мужчин, так и для женщин. Автором обнаружена средняя продолжительность нарушения, составляющая 11,8 лет. Представляет интерес и наличие приблизительно одинакового сочетания обсессий и компульсий у мужчин и женщин. Такое сочетание не выявлено лишь в 2% случаев.

Massel с соавторами, анализирующими этот вид нарушений, показали, что наряду с биологическими факторами целесообразно учитывать и культуральные, так как в разных этнических группах эти расстройства проявляют себя по-разному, ибо каждая культуральная группа характеризуется разными симптомами и разными стереотипиями.

Для этого вида расстройства характерен перфекционизм (стремление к совершенству) и отсутствие гибкости. Казалось бы, перфекционизм — хороший признак, но здесь носитель такого расстройства использует его в максималистском варианте, препятствующем выполнению заданий. Лицо с обсессивно-компульсивным расстройством рассматривает каждое из выполненных им действий как несовершенное, до конца не завершенное и выполненное

недостаточно качественно, а следовательно, требующее коррекции. Требования к выполнению заданий, планка, которой требуется достичь, все время повышается. Это носит навязчивый характер, напоминая ситуации с бесконечным мытьем рук. Таким образом обеспечивается постоянная сверхзанятость обсессивно-компульсивных лиц различными правилами, требованиями, нормами, схемами. Чрезмерная фиксация на деталях способствует потере главной цепи деятельности. Характерна и неразумная настойчивость в том, чтобы другие поступали именно так, как поступают и делают они. Иногда, будучи заранее убеждены в том, что окружающие все равно не смогут сделать что-то хорошо и правильно, они запрещают помогать себе.

Перфекционизм хронофагичен, он приводит к нехватке времени на другие способы организации как работы, так и досуга с исключением, например, развлечений и межличностных контактов. Перфекционизм может приводить к развитию ургентной аддикции — аддикции к нехватке времени. Наряду с вышеперечисленным характерна нерешительность, проявляющаяся в избегании принятия решений. Механизм этого явления, в отличие от механизма, свойственного лицам с зависимыми личностными расстройствами, связан с возникающими у них сомнениями в правильности принятого решения, в возможности недостаточного учета обстоятельств. Они нуждаются не в поддержке, а в получении дополнительной информации, в дополнительном обдумывании, в разностороннем осмыслении предполагаемых вариантов решения. "Увязывание и застревание" на таких нюансах приводит к торможению деятельности, способствующей окончательному принятию решения.

Сильно развитое superego, сверхсознательность и скрупулезность способствуют чрезмерной жесткости в вопросах морали, проявляющейся в следовании определенной собственной или заимствованной у других схеме, за рамки которой о'ни, как правило, не выходят. Эта жесткость и непоколебимость распространяются на все вопросы — от принятых систем ценностей до взаимоотношений с людьми.

Лицам с такого рода расстройствами свойственно суженное выражение аффекта. Несмотря на легко выражаемые злость и раздражительность, тонкие эмоциональные реакции проявляются у таких людей с трудом. Им свойственна сверхрасчетливость, проявляющаяся, например, в учете денег, сделанных им подарков. Такие люди, будучи необычайно запасливыми, обладают стремлением к коллекционированию ненужных вещей, которые никогда не выбрасываются.

Личностные расстройства избегания характеризуются в DSM -IV в плане гиперсенситивности к отрицательным социальным оценкам, чувством неадекватности, избеганием активностей, связанных с социальными контактами.

Эти лица боятся критики, неприятия, неодобрения со стороны других. Они испытывают серьезные затруднения в жизни, особенно в современном обществе, требующем от его членов социальной активности, гибкости, контактов с постоянно меняющимися людьми. В традиционных обществах лица с проблемой избегания могут легче найти себе социальную нишу, жить и работать в местах, не требующих сколько-нибудь широких социальных контактов.

Расстройства избегания являются следствием сочетания особенностей воспитания родителями и хронического влияния негативных социальных факторов. Поведение избегания может быть серьезной проблемой у иммигрантов в связи с трудностями аккультуризации.

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА ИЗБЕГАНИЯ.

Расстройства избегания следует дифференцировать с аддикциями избегания, которые чаще всего появляются у людей со страхом интимности. Для расстройств избегания характерны:

1. социальный дискомфорт;

2. страх отрицательной оценки, выражающийся в плохой переносимости неодобрения и критики; отсутствии близких друзей, которым они доверяют; избегании близкого контакта с людьми до тех пор, пока они не будут уверены в том, что они нравятся; избегании социальных и производственных активностей, связанных с профессиональными и социальными контактами. Например, отказ от повышения по службе, предусматривающего расширение сферы межличностных контактов; ощущение неловкости в социальных ситуациях, связанных с встречами, контактами, собраниями и обсуждениями, в связи со страхом высказать нечто, несоответствующее ситуации и неспособности ответить на вопрос. Страх проявить признаки волнения перед другими, дискредитировать себя возможным покраснением, тревогой и слезами;

3. привычка к рутинному исполнению любых активностей, отклонение от которого вызывает страх перед потенциальными трудностями и возможными социальными опасностями. Например, заключения типа "Я не могу это делать, так как я слишком устал и сделанное плохо на меня повлияет" и "Не буду выходить на улицу в связи с сильным гололедом" основаны на реально имеющих место фактах, но значение силы этих фактов слишком преувеличивается.

Для лиц с расстройствами избегания характерно то, что все новое воспринимается ими с трудом, например, необходимость принятия на себя новой обязанности на работе. В отличие от шизоидных личностей, им не свойственна эмоциональная холодность. Так, с одной стороны, им хотелось бы установить социальные контакты, но, с другой — они их боятся.

Этим людям свойственна тревожность, поэтому в МКБ-10 эти расстройства называются тревожными.

ЗАВИСИМЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Эти расстройства наиболее изучены в структуре семей, имеющих аддиктивные проблемы. Феномен созависимости при аддикциях выступает как центральный. Созависимость можно рассматривать как одну из форм аддикций. Для зависимых лиц характерно зависимое, субмиссивное поведение, выражающееся в разных сферах. Им свойственно эмоциональное напряжение в случаях, связанных с необходимостью принятия решений, что является для зависимых лиц неприятным и трудным процессом, откладываемым ими на отдаленное будущее. Выражено стремление при принятии решения опереться на совет, поддержку со

стороны других. Эти лица специально создают ситуации, при которых решения за них принимает кто-то другой. Объективно это приводит к тому, что лица с такими расстройствами позволяют другим людям фактически распоряжаться их жизнью.

Зависимые лица в межличностных контактах обычно не высказывают своей точки зрения. Они являются хорошими слушателями. Согласие с точкой зрения других вовсе не означает, что они действительно так думают. Высказывать свое несогласие с другими они себе не позволяют в связи с опасением возникновения ситуации, провоцирующей их отторжение.

Таким людям трудно начать что-то делать, проявить свою инициативу. Поэтому они часто делают неприятные для них, но необходимые для других вещи, полагая, что таким образом они манипулируют людьми, заставляя их любить себя, "привязывая" их к себе. В условиях отсутствия или потери контакта с другими они чувствуют себя беспомощно и дискомфортно, даже несмотря на то, что контакт этот для них может быть деструктивен. Однако даже такой контакт воспринимается такими лицами лучше, чем пребывание в одиночестве, поэтому они прикладывают неимоверные усилия для избегания одиночества. В случае разрыва отношений с кем-то из знакомых у лиц с такого вида расстройствами возникает в лучшем случае психологический дискомфорт, а в худшем — тревога, беспомощность и опустошенность. Поэтому они быстро стараются восполнить образовавшийся "вакуум", заменяя эти отношения новыми. Новый партнер снова выбирается по тем же признакам, что и прежний.

Страх покинутости, страх остаться одному, доминирование этого страха в сознании, сверхзанятость им парализуют многие виды активности.

Усиление чувства беспомощности, появляющееся как реакция на критику и неодобрение, вызывает попытки любой ценой восстановить положительное отношение к себе со стороны окружающих.

В связи с тем, что зависимость для таких людей становится стилем жизни, они, как правило, малоактивны, имеют нечеткую границу собственного "Я", а проявление любой инициативы сопровождается последующей реакцией страха.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ

До недавнего времени информация о распространенности расстройств личности среди населения была достаточно скудной. Упоминались сведения о преобладании отдельных видов личностных расстройств, например, о преобладании пограничных расстройств среди женщин и антисоциальных среди мужчин. Обследование более трех тысяч человек в трех городах США, проведенное Robins с соавторами, посвященное выявлению антисоциального расстройства личности по критериям DSM-III, показало, что вероятность возникновения этого вида расстройства на протяжении жизни находится между 2,1% и 3,3%, что почти в три раза превышает вероятность возникновения шизофрении (85%).

Расширенная диагностика психических заболеваний требует от специалистов умения отграничивать психическое заболевание от личностного расстройства. Существующая в современных условиях возможность как гипердиагностики, так и гиподиагностики этих

заболеваний велика. Причем, по мнению ряда авторов, более опасным является вариант "наклеивания" пациенту ярлыка психического заболевания, приводящего к серьезным социальным последствиям. Существуют виды личностных нарушений, при которых диагностические ошибки более вероятны, в противоположность нарушениям, диагностика которых сопряжена с меньшей ошибочностью.

Так, например, вероятность ошибки при диагностике представленных в кластере А параноидных, шизотипических и шизоидных нарушений будет нарастать по мере продвижения от параноидного к шизотипическому нарушению. То есть, больше всего ошибок делается специалистами при квалифицировании шизотипического нарушения. Если при установлении параноидного расстройства мнения специалистов могут разделяться, то при наличии шизотипических нарушений у большинства пациентов будет диагностировано психическое заболевание. В связи с этим необходимо помнить, что выделение в отдельную группу шизотипических расстройств было обусловлено необходимостью создания определенной ниши для людей, выражающих себя таким образом, что риск "приобрести" психиатрический диагноз эндогенного заболевания с плохим прогнозом у них более вероятен, чем у других. Учет этого положения особенно важен в связи с отсутствием в классификациях DSM простой формы шизофрении, что позволяет хотя бы на какое-то время отнести многих пациентов с простой формой шизофрении в группу шизотипических личностных расстройств. Это относится не только к диагностике шизофрении, но и к трудностям, возникающим при проведении дифференциальной диагностики нарушений с невротическими состояниями. Так, например, расстройство избегания из кластера С требует его дифференциации с социальной фобией.

Существуют и другие опасности, подстерегающие специалистов, проводящих диагностику. Если ошибки в диагностике нарушений кластера А связаны с "этикеткой" психического заболевания, то ошибочная диагностика нарушений кластера В связана с неадекватными состоянию терапевтическими подходами.

Нельзя недооценивать и опасность давления со стороны фармакологических фирм в отношении "навязывания" выгодного для них подхода, заключающегося в назначении длительного приема препаратов. Здесь необходима избирательность. Так, если существует возможность купирования социальной фобии приемом препаратов, прекращающимся после наступления адаптации человека, то при личностном расстройстве избегания возникает необходимость постоянного приема препаратов, что может иметь отрицательные последствия. Если, например, человек жалуется на страх перед социальными контактами, страх общения, сопровождающийся ограничением количества межличностных контактов, снижающим качество жизни, эти признаки являются отражением поведения избегания, свойственного личностному расстройству избегания, при котором, как уже упоминалось ранее, возникает опасность постоянного приема препаратов. Требуют изучения вопросы, связанные с последствиями длительного приема препаратов, с влиянием длительного приема на адаптационные схемы, методы психокоррекции и пр.

Представленное в кластере В гистрионическое расстройство требует дифференциации с истерическими проявлениями, свойственными отраженным в рамках старых классификаций истерическому неврозу.

В связи с разными подходами к терапии необходимо дифференцирование депрессивного личностного расстройства, выделяемого в DSM-IV в разделе "Критериев и осей для дальнейшего исследования" с дистимией, длящейся годами. Разница в подходах к лечению этого вида расстройств заключается в существовании вопроса следующего характера: "Следует ли лечить депрессивное личностное расстройство антидепрессантами?". На этот вопрос существуют разные ответы, но по-видимому, все-таки, нет. Так как в противном случае это следует делать постоянно. А вот лечить дистимию нужно. Изучение депрессивных личностных расстройств рождает появление ряда новых проблем, ранее не рассматриваемых специалистами. Например, исходы терапии большой депрессии, причины рецидивов и пр. Так, например, после устранения большого депрессивного синдрома, возникшего на фоне дистимии, состояние пациента улучшается, но дистимия остается и требует продолжения лечения.

Проблема личностных расстройств никогда не ставилась так остро, как сегодня, становясь важным, существенным разделом психиатрии. Изучение этих расстройств с точки зрения психопатии проводилось в рамках парадигмы, включающей в себя шизоидные, циклоидные и другие нарушения, встречающиеся редко и находящиеся "далеко от жизни". Психиатры использовали в своем лексиконе такой "слэнговый" термин, как "мозаичные" нарушения, особенно не разбираясь в нюансах этого термина и вкладывая в него разное содержание. При этом ими абсолютно не учитывался факт нецелесообразности использования термина "психопатия" в связи с его дискриминирующим характером, наклеивающим на пациента отрицательную "этикетку".

В современной литературе встречаются определения традиционного и современного обществ. Традиционному обществу свойственны стабильность, а современному — динамичность. Быстрые изменения способствуют более частому появлению некоторых видов личностных расстройств. Более того, нередко встречаются нарушения поведения, считающиеся в одном обществе девиантными, в другом обществе относящиеся к разряду нормальных с позиций классического горизонтального, транскультурального подхода. Существует и вертикальный подход, при котором в рамках одного общества могут происходить настолько быстрые изменения, при которых возникают интергенерационныс расщепления, характеризующиеся непониманием между поколениями. Конфликт между родителями и детьми, прекрасно описанный в русской литературе, сегодня принимает более резкий и выраженный характер, в связи с тем, что прежний стиль поведения, типичный для сравнительно недавнего времени, быстро становится неадекватным ряду новых условий. Поскольку нельзя ожидать "всеобщей" быстрой адаптации к новым условиям, у ряда лиц возможно возникновение нетолерантностей (нетерпимостей). В связи с этим правильным, на наш взгляд, является теоретическое предположение, получающее постоянное практическое подтверждение, об увеличении количества интергенерализационных конфликтов, приводящих к гипердиагностике личностных расстройств, в случае, если поведение человека не укладывается в рамки, ожидаемые от него окружающими. Возникающая при этом нетолерантность вызывает, в свою очередь, ответную реакцию протеста и ухода, проявление которой зависит от конкретного человека. Какие-то моменты этого явления могут акцентуироваться и получать дальнейшее развитие. Специалисты, не получившие современного образования, представляют диагностическую парадигму подхода, свойственного

другой генерации, с "непониманием" и неумением адекватно оценить ситуацию, что приводит к неквалифицированным диагностическим подходам при оценке личностных расстройств.

Специалисты, изучающие личностные расстройства, нередко сталкиваются с разнообразными терминами, некоторых из которых целесообразно избегать. К таким терминам относятся следующие:

1. Неадекватная личность — термин, применяющийся в уничижительном смысле. В связи с этим целесообразно, не прибегая к использованию данного термина, конкретно указать направления и сферы, требованиям которых человек не соответствует;

2. Инфантильная незрелая личность. Зачастую используется специалистами для характеристики нечеткости и расплывчатости личностных характеристик, подразумевающих несоответствие между поведением человека и его возрастом. Рассматривая эти явления, целесообразно более четко фиксировать признаки незрелости с определением сфер, в которых она проявляется. Например, сфера межличностных отношений, контроля над своими эмоциями, способности принять на себя ответственность и пр.

Рассмотрение вышеуказанных терминов с предложенных позиций представляет более конструктивный вариант, чем "наклеивание ярлыков", которым, к сожалению, слишком широко пользуются специалисты.

Глава 2 ИДЕНТИЧНОСТЬ

ДИССОЦИАТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ИДЕНТИЧНОСТИ

Большой интерес специалистов к этому вопросу объясняется ростом числа пациентов с такого рода нарушениями.

В DSM-III-R нарушения идентичности выделялись как множественные личностные расстройства. Диагноз нарушений идентичности в DSM-III-R учитывал наличие двух критериев.

1. Критерий А включал в себя наличие двух или более отдельных идентичностей или личностных состояний.

2. Критерий В характеризовал личностные состояния, которые рекуррентно контролируют поведение.

DSM-IV характеризует нарушения идентичности в связи с добавлением к критериям А и В критериев С и D.

3. Критерий С — неспособность человека вспомнить определенную личностную информацию, содержание которой слишком велико, чтобы это можно было объяснить обычной забывчивостью. Речь идет о том, что пациент не может сообщить о себе важных сведений, несмотря на отсутствие у него какой-либо патологии интеллектуально-мнестической сферы. Специалистами выявляется несоответствие между неспособностью пациента вспомнить необходимую информацию и отсутствием у него органических изменений, выраженных

настолько, чтобы до такой степени амнезировать события своей жизни.

4. Критерий D — нарушения идентичности не являются следствием прямого физиологического воздействия какого-то вещества, их невозможно объяснить наличием у пациента какой-либо болезни, например, повышением температуры, связанной с инфекционным заболеванием.

Нарушения идентичности, встречающиеся в детском возрасте, могут быть связаны с игрой фантазии ребенка, уходящего в мир сказки со своим участием в виде воображаемого героя. Такие нарушения идентичности не отражаются обычно на поведении и не исключают реальной оценки себя в любой необходимый момент. Они не относятся к диссоциативным нарушениям идентичности. Диссоциативное нарушение идентичности может включать в себя несколько личностных состояний. Каждое из них выражается уникальностью, присущей только этому состоянию, со своей историей, захватывающей разные сферы пациента — идентичность, собственный имидж, отдельные имя, фамилию, отличные от настоящей. Человек обозначает себя в этом состоянии как вполне обособленную личность.

Каждому человеку присуща первичная идентичность, включающая в себя, в том числе, истинные имя и фамилию. Изучение особенностей основной личности у людей с диссоциативным нарушением идентичности показывает, что эта первичная идентичность выступает как пассивная, зависимая, насыщенная чувством вины, склонная к депрессивным состояниям. Альтернативное личностное состояние, появляющееся у пациента, проявляется характеристиками, контрастирующими по своему характеру с первичной идентичностью. К таким характеристикам относятся враждебность, стремление к контролю, агрессивность и аутодеструкция.

Человек в этих личностных состояниях может иметь разный возраст и пол. Например, взрослый человек может выступать, как ребенок, или как человек, старший по возрасту, или как личность противоположного пола. Эти личностные состояния отличаются от первичной идентичности такими характеристиками, как специфичность словарного запаса; тематика обсуждаемых вопросов; особенности манеры обращения; стиль разговора; общий набор знаний; уровень образования и преобладающий аффект. Новая идентичность, временно сменяющая первичную, может характеризоваться враждебностью, агрессией, обидой, обвинениями, возрастанием сексуальности. Известны случаи, когда в таких состояниях люди совершали акты сексуального насилия. Альтернирующие идентичности обычно отрицают знание друг друга, так человек, пребывающий в одном личностном состоянии, отрицает свою принадлежность к предшествующему другому личностному состоянию. Возможны случаи, когда пациент, пребывающий в одном личностном состоянии, фрагментарно помнит характерное для него другое личностное состояние и находится с ним в ситуации открытого конфликта.

Обычно одна или более сравнительно мощных по выраженности идентичности могут захватывать время, принадлежащее другим идентичностям.

Индивидуумам с диссоциативными нарушениями идентичности свойственно наличие больших проблем, связанных с памятью на прошлые события. Выпадения из памяти могут

касаться разных периодов времени — от отдаленных до сравнительно недавних событий жизни пациента.

Характерным для этой амнезии является потеря памяти на длительные по времени периоды жизни, связанные с детством, "прикосновение" к которым вызывает сильное стрессирование. Эту амнезию можно рассматривать как защитную реакцию на травмирующие психику ребенка события, неспособные интегрироваться в его сознании. Анализ расстройств, носящих название "множественная личность", показывает, что в 80% случаев эти расстройства возникают у взрослых, перенесших в детстве сексуальную травматизацию, причем, не случайную, а носящую длительный характер.

Изучение происхождения данного вида амнезии с использованием психоаналитических подходов показывает, что диссоциативные нарушения возникают у человека как защитная реакция, связанная, во-первых, с необходимостью вытеснения психотравмирующих событий, а, во-вторых, с имеющим место в данной ситуации одновременным "рождением" другого человека, с новым поведенческим паттерном, противопоставляющим себя прежней, незащищенной личности. Первичная идентичность человека, перенесшего детскую травму, пассивна, а риск прорыва его переживаний в сознание велик. Этим и объясняется успешность быстрой трансформации травмированной личности в другое состояние, несущее в себе элементы игры фантазии, представление себя противоположной по характеру личностью, способной к решительным, самостоятельным, порою агрессивным действиям. Агрессивное поведение может отражать идентификацию себя с агрессором из детской жизни. Такова психодинамическая концепция описанного явления.

Психологическая травма, находясь в подсознании, в связи с ее вытеснением создает постоянное эмоциональное напряжение.

Коррекционная тактика специалистов направлена на создание мотивации к возврату человека к травмирующим психику переживаниям с необходимостью заново пережить эту травму, отреагировать ее, избавиться от напряжения и выйти из переживания с новым, более адаптивным отношением к реальности.

Пассивная идентичность имеет тенденцию к проявлению более ограниченной памяти, в то время как агрессивная характеризуется большей полнотой воспоминаний. Амнезии переживаний и активностей, совершаемых в возникающих идентичностях, носят обычно тотальный характер. В результате пациенты не могут, например, понять, откуда у них появились какие-то не принадлежащие им предметы, записки и др. Или, наоборот, пациент обнаруживает отсутствие необходимого для него предмета, которым он активно пользовался, с невозможностью объяснить причину пропажи.

Представляет интерес рассмотрение влияния культуральных аспектов на способы возможных объяснений подобных явлений. Например, пациенты с нарушением идентичности, проживающие в Латинской Америке, обнаруживая у себя пропажу значимых для них вещей, связывают этот факт с мифологическими представления, с вмешательством в этот процесс духа, живущего в их доме, который по истечению некоторого времени возвращает пропавшие вещи.

Доказательством амнезий могут быть достаточно драматические явления, при которых, например, человек обнаруживает в своем столе деловые бумаги и письма, поражающие его воображение и написанные несвойственным для него почерком, но в действительности являющиеся продуктом его "творчества" во время пребывания этого человека в каком-то ином состоянии.

При наличии нарушений идентичности, появление тех или иных личностных состояний связано со специфическими условиями, провоцирующими возникновение именно этих состояний. Смена идентичности часто провоцируется психосоциальным стрессом, с возникновением трудных, опасных ситуаций угрозы, унижения, семейного, производственного или другого конфликта, эмоционального шока, вызванного получением неприятного известия.

Смена идентичностей может произойти в течение нескольких секунд. Чаще всего время перехода человека из одного состояния в другое бывает кратковременным. В более редких случаях имеет место плавный, постепенный переход. Для плавного перехода типичным является временная неконтактность с нежеланием отвечать на какие бы то ни было вопросы. Вербальное и невербальное поведение пациента в этот момент свидетельствует о наличии у него значительной внутренней "работы", процесса, требующего значительных затрат энергии. Отсутствием энергии, необходимой для контакта с окружающими, возможно, и объясняется нежелание отвечать на вопросы.

Идентичность, пребывающая в рассматриваемый момент времени не на "внешней", а на "внутренней" сцене и, казалось бы, не контролирующая настоящую ситуацию, тем не менее, оказывает существенное влияние на сознание человека. Это влияние выражается в продуцировании галлюцинаторных расстройств, зрительных или слуховых, во время которых голос дает пациенту какие-то инструкции. Анализ происхождения галлюцинаторных расстройств в биомедицинской парадигме объясняет их наличие эндогенным или органическим заболеванием головного мозга, воздействием токсических субстанций, галлюциногенов, продуктов нарушенного обмена.

Рассматривая психодинамические механизмы галлюцинирования, следует отметить наличие функциональных механизмов, связанных с прорывом в сознание вытесненных желаний, подсознательных страхов и др. Психодинамические механизмы галлюцинаций у пациентов, страдающих эндогенными заболеваниями, клиническими психиатрами не анализируются, они ограничиваются их описательной характеристикой. Вместе с тем при эндогенных психозах удается обнаружить в происхождении галлюцинаций процессы, связанные с динамикой подсознания. Анализом таких галлюцинаций занимался Райх, приводящий в своих исследованиях примеры значения смысла галлюцинаторных переживаний. При нарушениях идентичности галлюцинации четко отражают репрессированные в подсознание и "рвущиеся на сознательную сцену" переживания.

Анализ особенностей личностных состояний, появляющихся в структуре диссоциативного нарушения идентичности, показывает, что в отдельных личностях могут проявляться гистрионические черты, например, конверсионные расстройства: изменение ощущения боли, нарушения походки, зрения, парезы. А иногда возможны и функциональные гистрионические припадки. Диссоциативные нарушения идентичности представляют интерес для судебной

психиатрии в случаях совершения правонарушений лицами, пребывающими в одном из свойственных им личностных состояний.

Представление о себе, как о непривлекательном или привлекательном человеке может соответствовать и не соответствовать действительности. Лица с нарушениями идентичности могут считать себя недостаточно представительными, уродливыми. Психиатры эти состояния квалифицируют как дисморфофобию. В каких-то случаях такое представление о себе входит в структуру психического заболевания, а в каких-то является изолированным искажением собственного имиджа, происшедшего под влиянием определенных факторов.

Одним из наиболее значимых факторов является среда, в которой воспитывается человек. Например, комментарии родителей в адрес дочери, подчеркивающие ее непривлекательную, с их точки зрения, внешность, могут способствовать развитию у девочки нарушений в формировании собственного имиджа, что может сочетаться с развитием комплекса неполноценности. Таким образом, формирование родителями положительного имиджа ребенка должно включать в себя факторы, способствующие развитию самооценки ребенка, чувства доверия к себе. Ребенок должен нравиться себе, не испытывать комплекса неуверенности.

Формирование имиджа себя происходит как на сознательном, так и на не полностью осознаваемом, на подсознательном уровне. На сознательном уровне все может выглядеть благополучно, человек может проявлять поведение, отражающее его самодостаточность. Но при более глубоком анализе каких-то конкретных фактов у человека может быть обнаружено чувство неуверенности и тревожности, касающееся собственного имиджа.

В подсознании такого человека существует концепция о прямо пропорциональной зависимости его социальной успешности от степени прилагаемых им усилий. Наличие такой концепции связано с суггестией, проводимой родителями, связывающими возможность будущих успешных реализации ребенка с тяжестью прилагаемых им усилий в достижении успеха. Как правило, такое воспитание сопряжено с акцентом на недостатки ребенка, что способствует развитию ущербной идентичности, ущербного имиджа себя. Такие дети во взрослой жизни считают себя хуже других, полагая, что если они и могут привлечь внимание других, то лишь на очень короткий промежуток времени. Они считают, что длительное общение с ними приведет к потере хорошего отношения к ним из-за их неспособности производить положительное впечатление на партнера по общению в течение сколько-нибудь длительного времени. Наличие таких мыслей провоцирует их носителя на "построение" кратковременных отношений с окружающими, так как длительные отношения рассматриваются как опасные в плане их нестабильности. Желание вступить в длительные отношения у таких людей присутствует, но эти отношения считаются реально невозможными, так как невозможным считается хорошее отношение к себе со стороны партнера по общению на протяжении длительного периода. Боязнь закономерного, с его точки зрения, краха отношений провоцирует носителя такого расстройства на разрыв отношений, "чтобы меньше переживать". Такие явления характерны для людей с патологией развития, связанной с неправильным имиджем, для поведения избегания и характеристики радикала, входящего в сексуальные аддикции. Не понимая сути вышеперечисленных явлений, трудно определить взаимосвязь чувства неполноценности и психологического дискомфорта с неправильно

сформированным в детстве имиджем. То есть, нарушения в собственном имидже нередко приводят к формированию различного рода личностных проблем, нарушений в межличностных отношениях, к развитию таких психических нарушений, как вторичная депрессия, чувство отчаяния, ипохондрические идеи и др.

Выделяются наиболее важные факторы в развитии собственного имиджа ребенка. К таким факторам прежде всего относится влияние, оказываемое на ребенка эмоционально значимыми для него фигурами, в кругу которых он воспитывается. Любовь и уважение со стороны родителей, родственников и знакомых формирует в ребенке чувство собственного достоинства и стойкость, отсутствие искажений в собственном имидже.

Ребенок, воспитывающийся в обстановке холодности и враждебности со стороны родителей, имеет искаженное представление о собственном имидже. Он считает такое отношение со стороны окружающих правильным, связанным с его собственной неадекватностью. Такое нарушение идентичности впоследствии приводит к затруднению в межличностных контактах, к агрессивности, вызванной чувством обиды и несправедливости. Характер воспитания определяет будущий собственный имидж ребенка. Поэтому воспитание, занижающее самооценку, подчеркивающее неадекватность ребенка, способствует возникновению нарушения идентичности.

Возможны и другие варианты. Так, акцент только на положительных качествах ребенка таит в себе опасность, что дальнейшая встреча такого ребенка с реальностью, с психотравмирующей ситуацией, связанной с поражением, спровоцирует возникновение серьезных нарушений.

Человеку присуща отчетливая тенденция оценивать себя так, как окружающие оценивали его в первые 12 лет жизни, как они к нему относились, как проходила консенсуальная валидация. В данном аспекте имеет большое значение та информация, которая суггестировалась ребенку окружающими. Информация, импрегнированная в сознании ребенка на протяжении различных периодов жизни, оказывает существенное влияние на формирование его самооценки.

Отсутствие у ребенка достаточной идентичности, базирующейся на отождествлении себя с отрицательным имиджем, может способствовать развитию у него различных видов отклоняющегося поведения. Такое поведение может характеризоваться нарушением межличностных отношений с возникновением предпочтительного общения с миром вещей, заменяющим мир людей, что приводит такого человека к стремлению получать удовольствие способами, исключающими интерперсональные контакты, которые пациент считает для себя недоступными. Таким образом, прослеживается взаимосвязь между вышеописанными явлениями и развитием различных форм аддиктивного поведения. Человек уходит в аддиктивные реализации, чтобы нейтрализовать неприятную для него реальность, связанную с психологической травмой, с внутренним ощущением постоянного недовольства собой, отсутствия любви к себе и идет по гедонистическому пути, используя средства, изменяющие его психическое состояние. Происходит формирование условий для развития алкогольного, наркотического и других видов отклоняющегося поведения. Коррекция такого рода расстройств трудна и часто неэффективна, в связи с тем, что аддиктивная реализация стала для

человека привычной и в его сознании, связанном с прошлым, положительные воспоминания отсутствуют. Предшествующие развитию такого поведения осознание себя, как "плохого", ощущение внутренней неадекватности и недовольство собой делают психологическую коррекцию непродуктивной.

Осознание пациентом необходимости вернуться к своим прежним личностным ресурсам требует понимания того, были ли эти ресурсы представлены ранее. Каждый человек имеет генетически обусловленные ресурсы. Но если они не были достаточно развиты в раннем возрасте, их трудно, а порой и невозможно, развить в более поздние периоды. Поэтому специалисты сталкиваются с неэффективностью психологической коррекции, например, наркотического поведения. Целесообразно понимать, что при возникновении нарушений на фоне достаточно развитой идентичности, базирующейся на положительном самовосприятии, возврат к прежнему "Я", к прежней, нормальной и здоровой личности более реален. При этом пациент вспоминает, каким он был до отклонения, в какие межличностные отношения он был включен, и старается "оживить" свою память. Однако, если в памяти оживают в основном отрицательные воспоминания, проблема коррекции в таком ракурсе практически не решаема.

Важным аспектом развития личности и имиджа себя является идентификация ребенка со значимыми для него людьми. Поведение детей носит имитационный характер, в процессе которого дети имитируют интонационные характеристики голоса, высказывают сентенции, принадлежащие взрослым. Вначале такое подражание ребенком не осознается, но постепенно по мере его становления, оно выходит с автоматического уровня на уровень подсознания. Ребенок идентифицирует себя с впечатлившими его качествами значимых окружающих, но прежде всего с качествами обоих родителей. Существует закон психологического развития, согласно которому в случае здоровой семейной обстановки ребенок идентифицирует себя в большей степени с качествами родителя того же пола, стараясь перенять у них принадлежащие им личностные черты. Так, мальчик идентифицирует себя с отцом, девочка — с матерью. Идентификация представляет собой сложный процесс, влияющий на формирование характера, являясь важным радикалом идентичности.

В процессе идентификации ребенок воспринимает не только внешнюю сторону поведения родителей, их жесты, мимику и пр. Он идентифицирует себя с идеалами родителей, с их стилем жизни, моралью, с этическими стандартами поведения. Моральные ограничения мотивации ребенка также оказываются под влиянием идентификации. Так происходит в случае здоровой идентификации.

При травмирующих психику ребенка отношениях с родителями их жизненный стиль не воспринимается ребенком как объект для подражания. Протест может быть открытым и скрытым от глаз окружающих. Происходит противопоставление себя жизненному стилю родителей, что не может не сказаться на нормальном развитии ребенка. Такая идентификация носит название оппозиционной. Унаследованные от родителей идентификации могут влиять на развитие у ребенка положительной мотивации к обучению, к экономическим, социальным, духовным и другим видам достижений.

Ребенок также может идентифицировать себя с нечестностью, брутальностью и другими отрицательными аспектами родительского поведения. Такое явление называется

коррупционной идентификацией.

Идентификация играет значительную роль в определении сексуальной ориентации. Например, мальчик имеющий здоровые отношения с отцом, идентифицирует свое поведение с поведением отца. Если же эти отношения носят несколько иной характер, в связи с отстраненностью, работоголизмом, алкоголизмом отца, его импульсивностью, с неожиданными вспышками гнева, в таком случае полной идентификации с ролью мужчины, которую олицетворяет отец, не происходит. Вместо этого может развиться спутанная, смещенная идентификация, при которой сын может идентифицировать себя с кем-то другим и даже с матерью. В такой ситуации в личностной структуре сына может появиться гомосексуальный паттерн.

Наличие между матерью и дочерью холодных, дистантных, нездоровых отношений, связанных с наличием у матери таких черт, как агрессивность, враждебность и пр., приводит к тому, что девочка не развивает женскую идентификацию. Это может способствовать развитию у нее лесбийских проявлений. Нарушения сексуальной ориентации детей являются результатом их нездоровых отношений с родителями, хотя значение в этом процессе некоторых других явлений отрицать нельзя.

Факторы, приводящие к нарушению социальной идентификации у взрослого, связаны со значительным изменением системы ценностей, сформировавшейся в процессе его воспитания. Человек, идентифицирующий свой имидж с определенной системой ценностей в течение длительного периода своей жизни, вдруг сталкивается с фактом неадекватности или убедительной компрометации значения основных положений, входящих в его систему ценностей, что приводит к возникновению угрозы нарушения идентичности. Угроза возникновения такого нарушения будет наиболее выраженной для людей, уже имеющих проблемы идентичности, заложенные в детском возрасте. Чувство идентичности экзистенциально, то есть оно во многом связано с пониманием человеком своего призвания и цели в жизни. Нарушения возникают чаще всего в случае краха индоктринированности человека в духе определенной идеологии, которая теряет свой прежний смысл. В такой ситуации особенно важна помощь профессионалов, направленная на поиск новой точки кристаллизации с целью профилактики ощущения хаоса, экзистенциального вакуума. Развитие этого состояния приводит к депрессии или развитию брутально-гедонистического жизненного подхода, при котором человек стремится получать удовольствия любым путем. Оба варианта деструктивны, так как связаны с нарушением инстинкта самосохранения и обострением стремления к аутодеструкции.

Чувство смысла жизни, являющееся важным компонентом идентичности человека, во многом связано с религиозным чувством. Достаточная представленность религиозного чувства у человека способствует "цементированности", консолидации его идентичности. В такой ситуации многие отрицательные внешние факторы не в состоянии нарушить идентичность. Помимо того, что религиозное чувство по-разному представлено у разных людей, влияние этого чувства на одного и того же человека может флюктуировать, подвергаться колебаниям, а иногда может быть недостаточным для психической консолидации. Необходимость основанной на эмпатии эмоционально-духовной поддержки в таких случаях чрезвычайно важна. Сложная

обстановка современной жизни, во многом основанной на конкурентных отношениях, подтверждает значимость чувства идентичности для выживания. В этих условиях идентификация себя со значимой *группой* людей способствует не только выживанию, но и моральной и социальной успешности. Ориентация на выраженную групповую идентификацию, строящуюся на тесной связи с родителями, "кланом", не прекращающуюся после достижения человеком зрелого возраста, дает ему чувство не формальной, а реальной поддержки со стороны этой группы людей, "страхуя" его от последствий психологической травматизации.

Нарушение идентичности является основной чертой пограничных и других личностных расстройств. Слабость идентичности проявляет себя у зависимых личностей, у личностей с расстройствами избегания, у личностей с нарциссическими нарушениями.

Отличие нарушения идентичности при различных видах личностных расстройств представлено следующим образом. При пограничных нарушениях ущербная идентичность формируется в ранние периоды, до 4-5-летнего возраста, а при нарциссических нарушениях — в более поздние периоды жизни. При возникновении нарциссизма на ребенка возлагаются обязанности носителя определенной миссии, в рамках которой он должен соответствовать высоким требованиям, предъявляемым ему родителями. В случае исчезновения благоприятной социально-психологической ситуации, в которой воспитывался ребенок, вызванного, например, смертью одного из родителей, изменением социального статуса родителей и пр., ребенок теряет свои привилегии, базирующиеся на оценке его другими людьми, но он продолжает прикладывать значительные усилия для сохранения собственного имиджа, для поддержания высокой самооценки на достигнутом уровне. Эта борьба тяжела для человека, но она приносит ему и дивиденды в плане достижений значительных успехов в работе, творчестве, искусстве и пр.

К факторам, вызывающим нарушения идентичности в детстве, относится физическое, психологическое и сексуальное насилие. Сексуальное насилие над ребенком может приводить к нарушению идентичности во взрослом состоянии. Детская сексуальная травматизация вытесняется ребенком из сознания, он "забывает" о ее наличии. Этот факт подтверждают исследования инцеста, имеющего место в детском возрасте и отрицаемого взрослыми людьми.

В заключение следует отметить, что подтверждением внимания специалистов к росту расстройств, связанных с нарушением идентичности, является введение в DSM-IV отдельной формы, носящей название проблемы идентичности. Носители такой проблемы обращаются за помощью, предъявляя жалобы на общее чувство неуверенности, касающееся их идентичности. У таких людей представлены неуверенность в постановке цели на длительное время, неуверенность в правильности действий, в отношении выбора карьеры, друзей, сексуальной ориентации и различных форм сексуального поведения. Они не знают, какими моральными ценностями им следует руководствоваться, испытывают колебания в отношении лояльности к разным людям, включая и членов семьи. Все эти факторы должны быть учтены в проводимых специалистами психодиагностических и лечебных мероприятиях.

Глава 3

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ.

В современной психиатрии существует деление психических нарушений на психотические и непсихотические. Имеет значение характер и степень выраженности расстройства и его влияние на поведение. Если расстройство дезадаптирует человека в социальной среде, нарушает его способность мыслить, эмоционально реагировать, использовать память, общаться, оценивать реальность в такой степени, что это делает невозможным соответствовать требованиям жизни, речь идет о психотическом уровне расстройства. В противном случае говорят о непсихотическом характере нарушения.

К группе непсихотических психических нарушений относятся тревожные, панические нарушения, агорафобия, социальная фобия, различные виды специальных фобий, обсессивно-компульсивные расстройства, генерализованное тревожное расстройство, соматоморфное и диссоциативное расстройства, факцисиозное расстройство. Согласно DSM-IV, к этой группе относятся и посттравматические стрессовые расстройства.

Непсихотические психические расстройства представляют собой кластер разнообразных нарушений, отличающихся от психотических. Фактически речь идет об их дифференциации с психозом.

Совсем недавно по отношению к ряду из вышеперечисленных расстройств применялся термин "невроз". В настоящее время этот термин существует в ICD-10, будучи исключенным из DSM-IV.

Ретроспективный анализ использования термина «невроз» показал, что этот термин использовался в США с 1939 г., когда возникала необходимость квалифицировать неврастению как невроз.

Термин «неврастения» был введен в 1867 г. (Beard, 1880). Автор рассматривал это состояние скорее как «физическое», нежели «психическое» и подразумевал под ним своеобразное соматическое заболевание, не требующее «объективных» биологических признаков. До введения термина «неврастения» считались «реальными» только те нарушения, которые сопровождались объективными биологическими признаками. Другие же формы нарушений квалифицировались как результат недостаточного самоконтроля или симуляции. Выраженные психические нарушения в эту группу расстройств не включались. Это был период, когда психиатрия фактически занималась лечением людей только с выраженными психическими нарушениями. В то же время оставалась без внимания большая категория пациентов, не относящаяся к этим нарушениям и не имеющая биологических признаков, которые могли бы оправдать их состояние с точки зрения принятых биомедицинских подходов. Таким образом, появление термина «неврастения» легитимизировало ситуацию пациентов, которые, с одной стороны, не были психически больными, а с другой — не обнаруживали каких-либо признаков, позволяющих диагностировать у них наличие заболевания. Из США концепция неврастении перекочевала в Европу, а в дальнейшем и в Азию (Ware и Kleiman, 1992).

В созданную в 1952 г. DSM-I термин «неврастения» уже не вошел, несмотря на то, что термин "невроз" еще употреблялся. В появившуюся в 1968 г. DSM-II была вновь включена «неврастения». С момента создания DSM-III в 1980 г. и до сих пор этот термин исключается из диагностики на основании редкого использования диагноза "неврастения" в клинической практике и трудностей выделения неврастении в отдельную дискретную категорию. В 1991 г. в Питсбурге на конференции Национального Института Психического Здоровья обсуждался вопрос, касающийся неврастении как диагностической категории, с постановкой цели провести исследования в этом направлении. Результатом этих исследований явился вывод о несостоятельности диагноза неврастении.

Диагностика неврастении, согласно материалам Всемирной Организации Здравоохранения (1992), базируется на выделении двух основных ее типов:

1. усталость после психического усилия;

2. первичная физическая слабость и истощение после минимального усилия.

В современной Японии диагноз «неврастения» используется очень широко, являясь определенным «экраном», защищающим пациентов и их семьи от социальных последствий диагностирования психического нарушения. Таким образом, фактически имеет место маскировка психиатрических диагнозов. Это процесс очень распространен в японской психиатрии и достаточно рутинен. Munakata (1989) отмечал, что распространение диагноза «неврастения» в историях болезни отражает интенсивность стигматизации, связанной с понятием "психическое заболевание", поскольку этикетирование больного приводит к его значительной юридической и общественной дискриминации, касающейся не только права голосовать, занимать позиции в государственных учреждениях, права водить машину, но и дискриминации со стороны знакомых и родственников. Поскольку в Японии диагноз психического заболевания, например, шизофрении, приводит к альенации человека от общества, это особенно разрушительно в социоцентрической культуре, каковой является Япония, где социальная интеграция и взаимная зависимость людей чрезвычайно важны. Этими причинами объясняется истинная подоплека постановки диагноза «неврастения».

Диагностика неврастении в Европе находится под влиянием социальных, культуральных и политических факторов, игравших и продолжающих играть значительную роль в установлении:

1. симптомов неврастении;

2. концептуализации неврастении;

3. в использовании последствий диагностики неврастении. Это явление подтверждается рядом примеров. Например, в прежней Югославии, базирующейся на ригидных социальных структурах и имеющей значительно ограниченные возможности для социальных изменений, основной акцент в диагностике неврастении делался на социальных подходах. Основное значение в определении неврастении придавалось чертам, являющимся потенциально разрушительными и угрожающими для сохранения социального и политического статуса страны. К таким чертам относились: социальная дезадаптация, низкая переносимость фрустрации, эксцессивная (чрезмерная) раздражительность и взрывы гнева.

Starcevic (1991) отмечал, что в обществах, преимущественно ориентированных на работу и продуктивность, больший акцент в диагностике неврастении делается на усталость и утомляемость, поскольку необъясненная усталость воспринимается в качестве угрожающего и дестабилизирующего фактора. В западных странах в структуре неврастении акцентируется значение усталости.

Социальный контекст неврастении связан с чрезвычайной популярностью этого диагноза в прежних СССР, Югославии и Чехословакии. Неврастения обнаруживала выраженную способность видоизменять свои симптомы, адаптируясь к изменяющимся социальным и политическим требованиям. Этот диагноз всегда играл важную социальную роль, основанную на социальной цели.

Рассматривая диагностику неврастении в бывшем СССР, следует отметить, что в официальных учебных руководствах диагноз "неврастения" выделялся как один из видов невроза, с описанием ее клинической картины в рамках гипер- или гипостенического вариантов. Поскольку неврастения рассматривалась как один из неврозов, причина этого состояния должна была быть в соответствии с принятыми подходами психогенной, связанной с воздействием психологических факторов. Анализ факторов, как правило, проводился в абстрактном виде, поскольку изучение влияния на человека негативных социальных причин априори было невозможным в условиях тоталитарного режима, а анализ индивидуальных, личностных особенностей был также невозможен, в связи с запрещением использовать психодинамические теории личности (Skultans, 1995, 1997; Galloway, 1992).

На постановку диагноза "неврастения" в современных условиях оказывает существенное влияние фактор "проницаемости" медицинской науки со стороны различных культуральных влияний. Несмотря на то, что критерии неврастении могут внешне выглядеть как описательные, диагностические категории, основанные на клинической картине неврастении, крайне чувствительны к культуральным и идеологическим мотивам.

Современными специалистами стали употребляться такие термины, как "синдром хронической усталости", "синдром выжигания" (Abbey и Garfinkel, 1991; Cathebras, 1991), фактически описывающие состояния, которые могли бы быть диагностированы как неврастения. Во Франции широко используется термин "спазмофилия", фиксирующий основное внимание на возникающем у пациента мышечном напряжении в сочетании с другими неврастеническими симптомами, упоминаемыми большинством авторов.

У лиц, диагностированных как больные неврастенией, обнаруживаются соматические нарушения различной этиологии. Дифференциация этих нарушений с проявлением психогенных факторов практически невозможна. Специалисты, участвующие в различного рода обсуждениях и дискуссиях по поводу диагностики конкретных пациентов во многих странах, стараются избегать диагноза "неврастения". Это связано с тем, что пациенты, предъявляющие неврастенические жалобы, могут с такой же достоверностью быть диагностированы и как лица с начальными признаками психоорганического синдрома или как страдающие соматическим неблагополучием. Малая специфичность и труднодоказуемость "неврастении" вызывает ее "игнорирование" специалистами, старающимися обходиться без этого сомнительного диагноза.

Выделение непсихотических психических нарушений подразумевает проведение их дифференциальной диагностики с психозом, что является достаточно сложным. Традиционное значение термина "психотический" включает в себя потерю оценки реальности, нарушение психических функций, наличие явлений спутанности, галлюцинаций, бредовых идей. Особенно значима степень потери оценки реальности. В непсихотических состояниях она незначительно выражена, но использование количественного сравнения вносит определенную трудность, связанную с появлением субъективного фактора. Таким образом, термин "непсихотический" применяется в случае малой выраженности нарушений. Так, например, недооценку человеком своих возможностей в состоянии сниженного настроения нельзя отнести к психотическому состоянию.

Непсихотические, "невротические" расстройства, согласно DSM-III-R, определяются как психические нарушения, при которых преобладающим является стрессирующий индивидуума признак, симптом или группа симптомов, расценивающихся пациентом как неприемлемые, чуждые, эгодистонические. Оценка реальности и поведение человека при этом не нарушены. Основные социальные нормы соблюдаются. Возникающее у пациента состояние не ограничивается транзиторной реакцией на стрессоры. Явная органическая этиология нарушения отсутствует. Следовательно, в силу того, что диагноз "невроз" охватывает чрезвычайно широкий круг расстройств с различными признаками и/или симптомами, этот термин потерял какую-либо точность, за исключением того, что при этих нарушениях личностная организация и способность к оценке реальности не нарушена.

Психогенный характер невроза подразумевает необходимость анализа этого состояния с использованием психодинамических подходов. Если это состояние излечивается с использованием психоанализа или других психологических методов, то речь идет о неврозе. Специалисты часто совершают ошибку, заключающуюся в упрощении смысла термина "психогенный", под которым понимают влияние на человека психосоциальных стрессоров и не учитывают роли психодинамических механизмов.

Обсуждение, приведшее к исключению термина "невроз" из классификаций DSM, базировалось, во-первых, на чрезмерной "широте" этого термина, включающего в себя очень многие состояния, а во-вторых, на том, что этот термин сводит эти состояния к психоаналитическому объяснению, а это приводит к появлению новой категории нарушений, выходящей за пределы старого понимания существующих дефиниций. Данные о том, что ряд нарушений шизофреноформного характера можно корригировать с использованием психоанализа, способствовали появлению термина "шизофреноформный невроз", вносящего еще большую путаницу в диагностику этих состояний.

За последнее десятилетие картина неврозов изменилась и в России. В бывшем СССР преобладающим видом невроза была неврастения, количество случаев которой сегодня резко уменьшилось в связи с изменениями, произошедшими в обществе. Эти изменения вызвали и изменения в отношениях между людьми, утратившими в современном обществе возможность предъявлять жалобы, укладывающиеся в "картину" неврастении, такие, как усталость, утомляемость, снижение концентрации внимания и пр. Предъявление этих жалоб лишено смысла. Характерный для больных уход в мир неврастенических переживаний в современных

условиях потерял свою актуальность, вызвав появление психологического вакуума, способствующего формированию у больного психологической травмы на подсознательном уровне. Свойственное таким больным ипохондрическое поведение, сопровождающееся "уходом на больничный лист" с вытекающими отсюда льготами, в современных условиях потеряло целесообразность.

Изменившиеся межличностные отношения повлекли за собой и изменение клинических признаков, например, частые депрессивные состояния. Этим обстоятельством и объясняется рост депрессивных "неврозов" в современном обществе.

Адлер, выделяющий невроз в отдельную категорию, писал, что, если цели, которые ставит перед собой человек, или способы их реализации, не соответствуют возможностям человека, эти цели приобретают черты фикции, становясь недостижимыми и невротическими. Невротик, по выражению Адлера, "приколочен к своим фикциям". Симптомы невроза играют защитную роль и являются бегством от реальности. Защищая человека от соприкосновения с жизненными проблемами и не позволяя ему понять секрет своей низкой самооценки, невроз является своеобразной психической компенсацией. Страдающий неврозом может чувствовать себя хорошо в связи с тем, что он "не видит" реальности.

По мнению Хорни, источником неврозов являются нарушенные межличностные отношения. Работая в Европе и в США, автор показала четкое отличие неврозов в этих регионах.

Фрейд относился к неврастении крайне осторожно, не выделяя ее как отдельную нозологию. Вместо этого он использовал термин "актуальный невроз", упоминая о том, что этот невроз вызывается воздействием механизмов, отличных от механизмов, вызывающих другие виды неврозов.

Хорни, считая, что главной целью неврозов является получение безопасности, ставит во главу угла понятие тревоги и страха. Стремление к безопасности, по мнению автора, одна из невротических тенденций, характеризующаяся ригидностью, проявляющейся в стремлении человека получить эту безопасность любым путем. "Шествуя" по такому канализированному пути, человек теряет способность видеть нюансы окружающего мира, теряя многое из того, в чем он мог бы участвовать с пользой для сохранения своей психофизиологической целостности. Характеризуя невроз, Хорни помимо ригидности, выделяет наличие несоответствия между возможностями человека и его действиями. Автор обнаружила, что невроз фактически напоминает личностные нарушения.

Каждый невроз вне связи с его клиникой является неврозом характера, предрасполагающего к возникновению невроза. Согласно определению Хорни, невроз — это психическое расстройство, вызванное страхом и защитой перед ним и попытками найти компромисс в конфликте противоположных тенденций. То, что "нормальный" человек делает для удовольствия, человек с нарушениями личности и невротик делает для того, чтобы редуцировать опасения, связанные со страхом и тревогой. Таким образом, рассматриваемый конфликт носит вторичный характер и появляется вместе с развитием невроза.

Согласно Хорни, основной конфликт проявляется в трех установках человека по

отношению к другим: приближение к кому-то, выступление против кого-то или уход от кого-то. Нормальный человек адаптирует свои позиции в отношении этих трех вариантов, взаимодействуя с окружающими в зависимости от конкретной ситуации, а у невротика, в силу его ригидности и неспособности вовремя перестроиться, эти две составляющие взаимодействия приходят в противоречие с возникновением конфликта между "Я" реальным и "Я" идеальным. Нейтрализация конфликта невозможна в связи с нереальностью модели.

Нарушенные межличностные отношения, являющиеся с точки зрения Хорни причиной невроза, позволяют отнести к первопричине невротических тенденций такие чувства, как одиночество, беспомощность и враждебность. Например, насилие над ребенком способствует дальнейшему формированию у него чувства страха и враждебности.

По мнению Fromm (1941,1973) невротические конфликты проистекают из экзистенциальной природы человека. Осознанию человеком самого себя и его столкновению со своей ограниченностью, вызывающими тревогу и страх неизвестного, Фромм противопоставляет потребность избегать одиночества. Главным двигателем жизни человека является его стремление к уходу от одиночества.

Страх покинутости свойственен и многим аддиктивным расстройствам. Этот страх, с точки зрения Фромма, рождается вместе с развитием сознания, когда человек с возникновением у него чувства собственной беспомощности начинает сомневаться в смысле своей жизни. Свобода связана в восприятии человека с покинутостью, она угнетает его и не дает ощущения радости. Происходит "бегство от свободы". Убегая, человек формирует защитные механизмы, могущие быть деструктивными, садомазохистическими, агрессивными или конформистскими. Возникает убеждение, что лучше стать конформным, чем быть покинутым. Эта уверенность основывается на иллюзорном представлении о том, что общество его защитит, а также, что лучше погибнуть вместе со всеми, чем одному. Невроз по Фромму является негативной формой решения экзистенциальных проблем.

В связи с этим определенный интерес представляет рассмотрение взаимосвязи экзистенциальных проблем человека с наличием ряда негативных социопсихологических факторов, присутствующих в нашей стране. Б. Н. Пивень использует термин "тотальные факторы". Изменения, происшедшие в обществе за последнее десятилетие, огромны. Прежнее советское общество можно назвать обществом бедных мотиваций, так как человек имел возможность делать в основном только то, что ему было предписано. Однако, несмотря на отсутствие мотиваций, в последнем периоде бывшего СССР у людей присутствовало чувство безопасности, являющееся практически для всех очень важным. Чувство безопасности могло быть и иллюзорным, так как в обществе объективно отсутствовали права человека и личная свобода, понимаемая как "осознанная необходимость" ("необходимость" определялась директивами ВКПб, КПСС). На общество воздействовали негативные факторы, по-разному представленные в различные периоды. В современном обществе присутствуют свобода и мотивации, но отсутствуют чувства личной безопасности, социальной уверенности и защиты, так как общество не создало систем, обеспечивающих социальную поддержку.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Тревожное состояние, встречающееся у значительного количества пациентов, часто диагностируется психиатрами, психологами и врачами общей лечебной сети. По своей выраженности и специфике тревога может носить непсихотический и психотический характер.

Исследования, проведенные Короленко (1978), показывают, что часть людей, приезжающих на Крайний Север, через какое-то время начинают испытывать состояния, для которых тревога является ведущим признаком. Это состояние получило название "синдром психоэмоционального напряжения".

Пациенты в ряде случаев испытывали серьезные затруднения в идентификации, в вербализации этого состояния. Тревога проявлялась в беспокойстве, в стремлении находиться в состоянии постоянного движения, сжимании пальцев рук, ходьбе из угла в угол. Некоторые отвлекали себя от тревожного состояния мыслительными операциями, пытались, например, классифицировать по алфавиту определенное количество слов, начинающихся с одной и той же буквы. Эти действия помогали "снять" тревогу на короткое время.

Анализ клинических признаков тревоги показал, что в ней можно выделить: а) соматические эквиваленты, объективизируемые психогальваническим рефлексом; б) когнитивные проявления, выраженные в нарушениях мышления; и в) поведенческие компоненты, связанные с изменением активности. Тревога является сложным и универсальным синдромом с многовариантными проявлениями.

По степени выраженности можно выразить мягкую, среднюю и тяжелую тревогу.

При синдроме психоэмоционального напряжения некоторые люди начинали сильно беспокоиться о состоянии своего здоровья, терзаться переживаниями о возникновении чего-то непоправимого. В других случаях возникало беспокойство о несчастьях, которые могли случиться с их близкими. Состояние провоцировалось невозможностью установить немедленный контакт с родственниками. Некоторых беспокоили тревожные ожидания, связанные с экстремальными климатическими условиями, которые в совокупности с теоретически возможными поломками на теплоэлектростанции могли привести, с точки зрения таких пациентов, к очень серьезным, жизненно опасным последствиям. Часть пациентов испытывала беспокойство, связанное с необходимостью вступать в нежелательные межличностные контакты. В связи с этим они старались избегать всяческих контактов, предпочитая уединение (Короленко, 1988).

В то же время эти состояния имели разную динамику. Чаще всего они длились от 10 дней до 2 недель. Плохими прогностическими признаками тревожных состояний являлись их задержка на срок более 2 недель и неблагоприятное развитие в плане нарастания признаков. В подобных ситуациях возникала тенденция к развитию более серьезных форм нарушений, таких, как психосоматические расстройства со стойким повышением артериального давления, с возникновением заболеваний дыхательных путей. Иногда тревога переходила в состояние выраженного угнетения, которое приводило к необходимости отъезда этих людей с Севера.

Состояния тревоги часто были связаны с полярной ночью или полярным днем. С большей частотой тревога возникала в связи с отсутствием света, в темные периоды года, во время

полярной ночи.

В то же время такого рода состояния были не типичны для аборигенов этих мест. Хотя, в случае переезда аборигенов на другие территории, у них наблюдались состояния, напоминающие вышеуказанные.

Тревога у человека всегда социокультурально оформлена, поэтому она очень разнообразна и зависима от конкретной личности, культуры человека, среды, воспитания, общественных традиций и индивидуального жизненного опыта. Культуральные детерминанты тревоги подразумевают то, что тревога основана не только на физиологических и биохимических изменениях, она требует учета социальных ролей, ситуаций, привычек человека, всех факторов, которые могут стимулировать ее возникновение. Следует учитывать и то, как сама тревога влияет на межличностные отношения и поведение человека.

Согласно современным классификациям психических расстройств, выделяются разные виды тревоги. Так, в DSM-IV, например, тревожные расстройства описываются в виде генерализованной тревоги; обсессивно-компульсивных нарушений, в состав которых входит тревога, сопровождающаяся атаками паники или протекающая без них; специфические фобии с фиксацией тревоги на каком-то одном событии; социальные фобии; агорафобия. Термин "агорафобия" сегодня потерял прежний смысл. Под ним понимается боязнь как закрытых, так и открытых пространств. DSM-IV относит посттравматическое стрессовое расстройство к категории тревожных расстройств, чем подчеркивается значение тревоги как важного признака этого нарушения.

Кроме того, сегодня говорят о состояниях, в которых клиника тревоги непосредственно связана с культурой. Появился даже специальный термин, отражающий эту связь, — "синдром, связанный с культурой", подтверждающийся многими факторами. Например, существование состояний, получивших название синдрома "Пиблекто", возникающих у народов Арктики. В южных регионах Полинезии, встречается синдром "Коро". Связь тревоги с культуральными факторами подтверждают и различные состояния, связанные с синдромами овладения духами у тюркских народов Сибири.

В современных психиатрических словарях, например, в Оксфордском (Campbell, 1981), выделяют различные субтипы тревоги, такие, как сигнальная, эго-тревога и пр. Kaplan с соавторами (1994) определил тревогу, как чувство опасения, вызванное ожиданием опасности, могущей исходить извне или изнутри. Аналогичное определение тревоги дается в современных психиатрических словарях.

Психиатры пытаются категоризировать тревогу, основываясь на различном понимании ее этиологии. Одни авторы придерживаются этиологической модели в рамках психодинамики (например, выделяемая психоаналитиками, кастрационнная тревога); другие связывают тревогу с общим медицинским состоянием, связанным, например, с ги-пертиреоидизмом или с синдромом отнятия при употреблении наркотиков.

Современная психиатрия выходит за рамки описания тревоги как синдрома, протекающего одинаково у всех и везде. Социодинамическая психиатрия подчеркивает значение в возникновении этих состояний социокультуральных факторов. Так, исследования, проведенные

Kessler с соавторами (1994), показывают, что при таких часто встречающихся состояниях, как, например, большая депрессия, алкогольная зависимость, простая (специальная) и социальная фобия, тревога как таковая занимает не менее 25%. Если учесть состояния, которые длятся долго, около 12 месяцев, то в этих состояниях тревожные расстройства наблюдаются в 17% случаев, в то время как другие аффективные расстройства только в 11% случаев. Результаты этих исследований привели специалистов к формированию мнения о том, что тревожные расстройства являются в целом более хроническими, чем многие другие аффективные нарушения.

Этнические исследования тревоги, входящей в состав обсессивно-компульсивных нарушений, проведенные специалистами в области транскультуральной психиатрии в 7 странах — США, Канаде, Германии, Тайване, Южной Корее, Новой Зеландии и Пуэрто-Рико — показали, что, за исключением Тайваня, эти виды нарушений наблюдались от 1,1 до 1,8 на 100 человек. Обращалось внимание на связь преобладания обсессий или компульсий с территориальной принадлежностью обследуемых (Weisman с соавторами, 1994).

Во многих азиатских популяциях, в Индии например, тревога, связанная со страхом остаться незамужней, приводит к особому виду обсессивно-компульсивного поведения.

В современной психиатрической литературе все чаще встречается синдром, описанный Ficarotto (1990), названный гомофобией, или эротофобией, проявляющийся тревогой, связанной со страхом перед гомосексуалистами. Этот симптом обусловлен определенной социополитической обстановкой и связан со страхом заразиться СПИДом.

Влияние культуры может найти отражение в способах проявления тревожных симптомов. Например, Okasha с соавторами (1994) исследовали проявления обсессий и компульсий в Египте и Великобритании. Авторы обнаружили, что в Великобритании обсессий были преимущественно связаны со стремлением к тому, чтобы "все было в порядке", каждая вещь занимала отведенное для нее место. В Египте же обсессий касались в основном религиозных обрядов, включающих в себя особый вид обмывания и соблюдение ритуальной чистоты. Египтяне молятся 5 раз в день с предварительным проведением ритуального очистительного процесса. Возникновение у них навязчивости связано с ощущением того, что ритуал выполнен недостаточно правильно. В Великобритании же в большей степени был представлен страх контаминации.

Японская форма социальной фобии "taijin kyofusho" является ярким примером влияния культуральных факторов на содержание тревоги. В отличие от "американо-европейской" социальной фобии, при которой пациенты избегают социальных контактов в связи со страхом быть осмеянными и униженными, японские пациенты испытывают страх причинить неприятности другим людям, вызвать у них отрицательные чувства своим плохим видом, неухоженностью, неадекватными эмоциональными реакциями. Такое содержание социальной фобии отражает значение, которое придается представлению себя в обществе в Японии (Kirmayer, 1991).

Культуральные влияния выступают отчетливо при панических расстройствах в Катаре. Они характеризуются тем, что пациенты испытывают не страх смерти, а страх того, что

произойдет с ними после в связи с недостаточно сильной верой (El-Islam, 1994).

Тревога возникает при аккультуризационном стрессе. Так, например, при переезде аборигенов Таймыра в города они чувствовали себя очень дискомфортно, у них возникала апатия, депрессия, злоупотребление алкоголем. Особая ситуация возникала у детей, отданных учиться в школы-интернаты, расположенные в других городах. Такие дети с трудом адаптировались к новым условиям. После того, как они возвращались к родителям на каникулы, или после окончания школы у них возникал новый период дезадаптации. Проявления аккультуризационного стресса наблюдались у аборигенов Аляски в связи с потерей необходимости заниматься традиционной, жизненно необходимой деятельностью. Получив за проданную в связи со строительством нефтепровода землю значительную денежную компенсацию, они стали приезжать в города и алкоголизироваться. Пребывая в состоянии алкогольного опьянения, многие из них замерзали на улицах города. Местные власти организовывали специальные службы для спасения их от обморожений и проведения дезинтоксикации.

Аккультуризационный стресс часто возникает при встрече с новыми культурными условиями при одновременной необходимости заниматься привычной работой. Может возникнуть тревога, связанная с экзистенциальным вакуумом, потерей смысла жизни и психологическим дискомфортом. Резкие изменения условий жизни человека почти всегда приводят его к развитию тревожных состояний.

С точки зрения социодинамической психиатрии, каждый синдром, в том числе и тревога, должен быть оценен с учетом психологического и социокультурного компонентов.

Учет этих факторов позволяет оказывать пациентам квалифицированную психокоррекционную помощь. Акцент в лечении только на психофармакологическое лечение себя не оправдывает, так как возникает лишь кратковременный эффект, тревожное состояние появляется снова, если не устранены основные психологические причины, его вызывающие.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО.

В DSM-III-R подчеркивается, что генерализованное тревожное расстройство выражается в нереалистической, выраженной тревоге или озабоченности в отношении двух или более жизненных обстоятельств. Например, озабоченность возможной неудачей, финансовой несостоятельностью, страхом того, что с близкими может что-нибудь случиться, и пр. Достаточно объективные данные для обоснования тревоги отсутствуют. Согласно критериям DSM-III-R, тревога должна длиться от 6 месяцев или дольше и в течение этого периода в состоянии человека "плохих" дней больше, чем "хороших". Содержание тревоги у детей и подростков чаще всего связано с успеваемостью, исполнением ими социальных ролей. В DSM-III-R этот вид расстройства характеризуется 18 признаками, а в DSM-IV — только шестью, что значительно упрощает диагностику этого состояния.

Признаками генерализованного тревожного расстройства, согласно DSM-IV, являются следующие:

1. беспокойство или чувство "загнанности в угол";

2. быстрое наступление усталости;

3. трудность концентрации внимания, чувство "пустоты" в голове;

4. раздражительность;

5. мышечное напряжение;

6. нарушение сна.

Вышеперечисленные признаки выступают на фоне экс-цессивной тревоги и нереалистической озабоченности, проявляющихся в течение, по крайней мере, 6 месяцев. Тревога и озабоченность касаются определенного числа событий и активностей, включающих в себя работу, обучение, социальные функции и т. д.

ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.

Основной характеристикой панического расстройства, согласно DSM-IV, является наличие рекуррентных неожиданных приступов паники с последующим, по крайней мере, одномесячным периодом постоянной обеспокоенности по поводу возможности повторения приступа. Типична озабоченность о возможных осложнениях или последствиях приступов паники, или в связи со значительными изменениями поведения, связанными с приступами. Эссенциальной чертой приступа паники является дискретный период интенсивного страха или дискомфорта, сопровождающийся, по крайней мере, четырьмя из тринадцати соматических или когнитивных симптомов, которые развиваются внезапно и достигают пика в течение 10 минут. Эти симптомы могут включать:

(1) пальпитацию, ускоренное сердцебиение;

(2) потливость;

(3) тремор;

(4)укороченное дыхание;

(5) чувство удушья;

(6) боль или чувство дискомфорта в области груди;

(7) тошноту или беспокойство в области живота;

(8) ощущение головокружения, неуверенности, слабости;

(9) дереализацию или деперсонализацию;

(10) страх потерять контроль над собой или сойти с ума;

(11) страх смерти;

(12) парестезии, ощущение онемения или ползания мурашек;

(13) бросание в холод или в жар.

Приступы паники могут возникать при различных тревожных расстройствах (паническое

расстройство, социальная фобия, специфическая фобия, посттравматическое стрессовое расстройство).

Приступы паники делятся на:

а) неожиданные, спонтанные, не связанные с ситуационным фактором;

б) ситуационно обусловленные;

в) ситуационно предрасположенные (возникающие с большей вероятностью, но не обязательно в определенных ситуациях).

Для диагностики панического расстройства (с или без агорафобии) необходимо возникновение неожиданных приступов паники. Ситуационно обусловленные приступы паники характерны для социальной и специфической фобий.

Ситуационно предрасположенные приступы паники наиболее часто встречаются при паническом расстройстве.

Одноразовый приступ паники при паническом расстройстве может пройти для человека бесследно, но если такие приступы повторялись несколько раз, в сознании человека укореняется страх повторения следующих приступов с уверенностью в их обязательном наступлении. Для диагностики панического расстройства, согласно критериям DSM-III-R, требовалось наличие 4 приступов паники, происшедших в течение 4 недель, или 1 приступа и месяца пребывания пациента в постоянном страхе, связанном с ожиданием повторного приступа. В DSM-IV важным критерием диагностики является постоянная обеспокоенность, связанная с ожиданием повторного приступа.

У лиц, страдающих паническим расстройством, развивается определенная тактика поведения, проявляющаяся в обращении к врачам различных специальностей, что зависит от их уровня образования и советов окружающих. Возможны обращения к психологам, представителям традиционной медицины. Нами наблюдались пациенты, прибегающие к приему алкоголя для купирования приступов паники. Это приводило к развитию йота-формы алкогольной аддикции (Короленко, Диковский, 1971).

АГАРОФОБИЯ

В старых руководствах по психиатрии агорафобия означала страх открытого пространства. В современном значении этот термин объединяет страх как открытого, так и закрытого пространства. Термин "клаустрофобия" вышел из употребления.

Агорафобия выражается в страхе нахождения в местах или ситуациях (в толпе, машине, поезде, самолете и пр.), которые в случае необходимости трудно покинуть в силу разных обстоятельств. Невозможность может быть связана как с внешними, так и с внутренними (физическими и психологическими) причинами, вербализуемыми, например, следующим образом: "Мне трудно уйти, так как это неприлично", "Я не могу выйти из аудитории во время важного заседания". Таким пациентам свойственно наличие когнитивных конструкций типа: "Если со мной что-нибудь случится, то в этом месте мне никто не поможет", "Я боюсь ехать

поездом, так как не смогу его остановить, если со мной что-либо произойдет". Таким образом, агорафобия предполагает поведение избегания каких-то специфических ситуаций. В результате агорафобии человек модифицирует свою жизнь путем избегания определенных мест и ситуаций. Например, боязнь не справиться с управлением и упасть в реку вместе с машиной, управляя ею на мосту, приводит к тому, что человек избегает ездить через мост или доверяет управление машиной другому. В ряде случаев человек пытается преодолеть агорафобию, сражаясь с самим собой, ценой больших психологических затрат и стрессирования.

Выделяется группа панических расстройств с агорафобией и без нее. Агорафобия может выступать без наличия в анамнезе панических нарушений, сопровождаясь реально обоснованным страхом. Например, человеку свойственны приступы страха, связанные с обоснованно подтверждаемыми клиническими данными. Возможно и сочетание сердечно-сосудистой патологии с приступами паники. В DSM-III-R выделялись три степени тяжести агорафобии:

— мягкая, характеризующаяся сохранением относительно нормального стиля жизни, с возможностью легкой приспосабливаемости к агорафобии;

— средняя степень агорафобии подразумевала сужение жизненных возможностей с обязательным наличием, например, кого-нибудь, кто мог бы оказать помощь в случае возникновения приступа. При этом у пациентов сохраняется способность выхода без сопровождения на близкие расстояния, например, в соседний магазин;

— тяжелая степень характеризовалась ограничением жизненного пространства человека пределами квартиры.

В DSM-IV введены следующие изменения в диагностические критерии. Во-первых, в этой классификации отсутствует деление агорафобии на степени тяжести и, во-вторых, термин "простая фобия", заменен на термин "специфическая фобия".

Критерий А, касающийся порога страха, необходимого для диагностики специфической фобии, также изменен, что выражается в более четких требованиях к страху, который в данном случае должен быть выраженным и необоснованным. Постоянный страх, вызванный реально существующей причиной, не является симптомом специфической фобии. Страх называется специфическим в связи с его конкретным содержанием. Например, страх какого-то животного или страх заражения. Человек боится заразиться в силу теоретически постоянно существующей опасности заражения инфекцией, и в этом можно видеть разумный элемент. Но если страх достигает предела, находящегося вне связи с реальностью, это неразумный страх.

Интересен вопрос о критическом отношении к страху. В старых руководствах страх часто связывался с эпитетом навязчивости, что должно было свидетельствовать о присутствии критики. Тем не менее, в момент наличия страха критика отсутствует. Настоящий страх ее исключает. Поэтому критерий критичности к страху учитывать следует только в периоды его отсутствия.

СОЦИАЛЬНАЯ ФОБИЯ

Социальная фобия характеризуется наличием у человека постоянного страха перед одной или несколькими социальными ситуациями, подразумевающими наличие социального контакта, в процессе которого возможно наблюдение за ним другими людьми и оценка его поведения. Страх возможной отрицательной социальной оценки и того, что человек может повести себя дискредитирующим образом, способствует появлению у носителя социальной фобии чувства унижения и смущения.

Социальные ситуации, вызывающие страх, могут касаться, в частности:

1. выступлений по радио и телевидению;

2. приема пищи в присутствии других с возможным чувством стеснения и поперхивания;

3. письма в присутствии окружающих с появлением трудностей при написании и изменением почерка;

4. разговора по телефону с боязнью сказать нечто глупое или не ответить на заданный вопрос и пр.

Мысли о социальной ситуации или непосредственное пребывание в ее рамках вызывают появление тревоги. Люди с социальной фобией стараются избегать ситуаций, способных вызывать тревогу, или участвуют в них, испытывая при этом дискомфорт и тревогу. Социальная фобия приводит к хроническому стрессу, и в результате — к неблагоприятным психосоматическим последствиям.

Исследование, проведенное в Испании в период ее демократизации, показало, что резкое изменение общества привело к изменению профиля заболеваемости с увеличением количества лиц, страдающих психосоматическими болезнями. Прежний стиль жизни подразумевал пребывание человека в традиционной обстановке узкого круга лиц, входящих в рамки семьи и работы, и не требовал большого социального общения. Изменение стереотипа поведения, связанного с жизнью в новом обществе, требовало большей мобильности и активности в связи с увеличением интенсивности событий, количества информации и необходимости разбираться в этом. Время, отведенное на сиесту, сократилось. Большинство населения с этим ритмом жизни справлялось, но этот период адаптации сопровождался ростом психосоматических заболеваний.

Эту модель можно перенести на модель социальной фобии в условиях современного общественного развития. Социальная фобия часто скрывается человеком. Она более свойственна интравертам, вынужденным преодолевать свою интроверсию в новых ситуациях, требующих расширения социального общения.

Дифференциация личностных расстройств избегания с социальной фобией затруднена. Если социальная фобия носит скрытый характер и длится всю жизнь, в этом случае речь идет о личностных особенностях. Поведение избегания приводит к тому, что человек на уровне подсознания модифицирует свою деятельность, создает систему предпочтений, которые могут быть трудно объяснимыми. Человек не может ответить на вопрос, почему он поступает таким образом, так как не всегда это им осознается.

При социальной фобии остается понимание чрезмерности и неразумности страха, но не в момент нахождения в социальной ситуации, а перед вхождением и после выхода из нее.

Большое количество социальных ситуаций, являющихся содержанием генерализованной социальной фобии, часто приводит к невозможности ее дифференциации с личностным расстройством избегания, в связи с этим правомерен двойной диагноз "социальная генерализованная фобия и личностное нарушение".

СОМАТОМОРФНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Дисморфофобические нарушения проявляются в сверхзанятости сознания, мыслей и чувств человека определенным воображаемым дефектом в его внешнем виде. С "объективной" точки зрения, у этих людей отсутствует обращающий на себя внимание дефект. В одних случаях, дефекта может вообще не быть, в других — может иметь место мало выраженное нарушение, но реакция человека на имеющееся у него изменение чрезвычайно преувеличена. Уверенность в наличии дефекта не носит бредового характера, более того, пациенты теоретически могут признавать преувеличение своей оценки, что, однако, не мешает их фиксированности на ней.

Выделение этого нарушения в виде соматоформного расстройства производится для того, чтобы наличие такого рода фокусировки внимания не "соблазняло" психиатров сразу же подозревать наличие у таких людей эндогенного нарушения. Психическое расстройство может исчерпываться только этим нарушением и к нему не следует "привязывать" другие расстройства, которые могут возникать вторично. Например, фиксация человека на воображаемом дефекте приводит к появлению у него чувства неловкости в каких-то ситуациях. Возникает социальная изоляция, внешне выглядящая как социальная фобия. Опасность заключается в том, что специалист диагностирует дисморфофобию, думая о возможной ее связи с шизофренией, а изолированность от общества связывает с наличием у пациента первичного эмоционально-волевого расстройства. То есть, вторичное расстройство принимается психиатром за первичное. Существующая установка в диагностическом мышлении психиатров, таким образом, может приводить к диагностическим ошибкам. Клиническая практика свидетельствует, что у большого количества пациентов, страдающих дисморфофобическими нарушениями, состояние исчерпывается только этими симптомами, со временем проходит и даже при длительном течении не приобретает злокачественного характера.

В рамках соматоформных нарушений выделяются болевые соматоформные нарушения. Критерием является "занятость" пациентов болью, по крайней мере, в течение 6 месяцев. Соответствующие обследования не обнаруживают ни органической патологии, ни патофизиологических механизмов, которые могли бы объяснить эту боль. Представляется возможным выделить группу пациентов, у которых диагностируется органическая патология, но жалобы на боль и связанные с ней нарушения в личной и в социальной жизни выходят за рамки того, что можно было бы ожидать, основываясь на обнаруженном органическом факторе.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ.

Диссоциация выражается в отщеплении кластеров психических содержаний от их присутствия в сознании. Эти содержания таким образом не осознаются пациентами, хотя и оказывают влияние на психическое состояние, соматические характеристики и поведение. Диссоциация может проявляться в отделении определенной идеи от ее эмоционального значения, соответствующего ей аффекта. Последний вариант наблюдается в неадекватной эмоциональной реакции на содержание мышления у пациентов, страдающих шизофренией.

Согласно DSM-IV, эссенциальной чертой диссоциативных расстройств является нарушение интеграции между обычно "интегрированными функциями сознания, памяти, идентичности или восприятия окружающего". Расстройство может развиваться постепенно или возникать внезапно, носить преходящий или длительный характер.

В современной психиатрии термин "истерический невроз" заменен на диссоциативные и конверсионные расстройства.

Еще в XIX веке Janet обратил внимание на то, что при большой представленное™ психических нарушений психические процессы могут быть отделены от основного потока сознания. Диссоциация возникает в результате того, что ослабленному организму не хватает сил на то, чтобы полностью осознать происходящее. Требуется отделение от сознания некоторых психических элементов. Автор фокусирует внимание на отделении воспоминаний, когнитивных конструкций, полагая, что это происходит помимо воли и относится к диссоциации как к пассивному процессу.

Breuer (1895), обращая внимание на значение "гипноидных состояний", возникающих спонтанно, без гипноза, во время которых происходит расщепление психики, заключил, что при аутогипнозе в подсознании создается особая область, в которую погружаются диссоциированные идеи и переживания. Автор предлагает концепцию активности процесса, в отличие пассивного толкования Жане, Бройер утверждал, что диссоциация связана не со слабостью пациентов, а, наоборот, слабость появляется как результат расщепления.

Фрейд описывал диссоциацию как активный процесс психологической защиты, связанный с подавлением угрожающей для сознания информации, имеющей неприемлемое значение для человека. Фрейд подчеркивал важность неприемлемых идентификаций, во время которых человек идентифицирует себя с неподходящим для него отрицательным образом, противоречащим его ego и superego. Таким образом, репрессированная информация становится недоступной для психики, поскольку наличие ее в сознании является угрожающей для ego.

Современные аналитики часто ставят знак равенства между расщеплением и диссоциацией. Berman (1981) и Manner (1980) используют расщепление как защитный механизм, как выражение преэдипальных нарушений развития. Предложенная авторами концепция повлияла в дальнейшем на создание теории нарушения идентичности, или множественных личностных расстройств.

Hilgard (1986) предложил неодиссоциационную теорию, согласно которой психические функции могут регулироваться множественными системами контроля, не всегда понятными сознанию. Приводя примеры, подтверждающие наличие феномена "скрытого наблюдателя",

автор описывал явления, при которых некоторые гипнотабельные пациенты не воспринимают боль, находясь под влиянием гипнагогической суггестии. Какая-то часть психики пациента "наблюдает со стороны" за действиями специалиста. Эта наблюдающая часть фиксируется в параллельно существующей сознанию области. В связи с этим автор делает вывод о том, что понятие единства сознания иллюзорно.

Потенциальная возможность диссоциации присуща человеку в норме, базируясь на генетически заложенном в нем механизме. Возможен анализ с этой точки зрения панических и тревожных расстройств. Например, кастрационная тревога, с точки зрения Фрейда, выходит за пределы комплекса кастрации, свойственной Эдипову периоду. Формирование фобических симптомов описано Фрейдом (1909, 1926) в работе "Ингибиция симптома и тревога". Автор рассматривает в качестве примера фобию у 5-летнего мальчика, боявшегося лошадей. С точки зрения Фрейда, фобия была симптомом неразрешимого подсознательного Эдипова конфликта. Фрейд полагал, что мальчик сексуально стремился к матери, но боялся наказания, выражающегося в возможной со стороны отца кастрации. Возникший неприемлемый, с точки зрения морали, конфликт между стремлением к матери, ненавистью к отцу, чувством вины по отношению к отцу и страхом наказания запечатлелся в сознании мальчика. В последующем этот страх был перемещен на внешний объект, которого можно избежать. Боязнь лошадей в дальнейшем помогала мальчику избегать тревоги, вызванной как интрапсихическим конфликтом (осуждением себя), так и реальной внешней опасностью (злостью со стороны отца). Генерализируя это наблюдение, Фрейд высказал идею о возникновении фобических симптомов как части разрешения конфликта между импульсами либидинальной и агрессивной гратификации и признанием ego потенциальной внешней опасности, могущей последовать за удовлетворением своих желаний. Мобилизованное сигналом тревоги и действующее согласно принципу получения удовольствия ego использует подавление и перемещение для того, чтобы избежать тревоги, связанной с внутрипсихическим конфликтом и потенциальной внешней опасностью. И поскольку жизнь с постоянным ощущением страха тяжела, происходит разрешение конфликта за счет фиксации на объекте, с которым можно и не встречаться.

Klein(1964,1981) выдвинула этиологическую теорию, согласно которой агорафобия с приступами паники представляет собой аберрантную (отклоняющуюся) функцию психологического субстрата, лежащего в основе нормальной для человека тревоги отделения (страха покинутости). Привязанность ребенка к матери — это генетически программированное и биологически детерминированное явление. От 20% до 50% взрослых людей, страдающих агорафобией с паническими расстройствами, четко вспоминают выраженные симптомы патологической тревоги покинутости. Эта тревога проявляется в школьной фобии, боязни ходить в школу из-за страха больше не увидеть свою мать, в силу того, что во время отсутствия с ней может что-нибудь случиться. Клайн обратила внимание на то, что инициальная атака паники у таких пациентов была связана с реально существующей или угрожающей потерей отношений с эмоционально значимым для пациента человеком.

Gittelman-K.lein, Klein (1971) обратили внимание на наличие связи между атаками паники у взрослого человека и наличием тревоги покинутости, имеющей место в детстве.

Главной чертой диссоциативных нарушений является расщепление интегрированных в

норме таких психологических функций, как сознание, память, идентичность и восприятие окружающей обстановки. Диссоциативные нарушения могут иметь как внезапное, так и постепенное начало, быть преходящими или носить хронический характер.

В DSM-IV, в отличие от DSM-III-R, присутствуют несколько иные определения конкретных видов нарушений. Термин "психогенный" исключается и заменяется на термин "диссоциативный". Так, представленные в DSM-III-R термины "психогенная амнезия, психогенная фуга и множественные расстройства личности", заменены в DSM-IV на "диссоциативную амнезию, диссоциативную фугу и диссоци-ативные нарушения идентичности".

Диссоциативная амнезия выражается в неспособности вспомнить важную для личности информацию, которая обычно носит стрессовый, психотравмирующий характер. Амнезия настолько выражена, что ее нельзя объяснить обычной забывчивостью. При этом виде нарушения специалисты встречаются с парадоксом, согласно которому важное и тяжелое по своему характеру событие не помнится, а помнится мелкая, ничего не значащая для человека информация. Диссоциативная амнезия является состоянием, которое часто встречается в традиционных пресовременных обществах. Клинические проявления отражают локальную мифологию, включая идеи колдовства, порчи или овладения духами и сочетаются с другими симптомами культурально обусловленных расстройств (например, Амок в Малайзии).

Диссоциативная фуга проявляется внезапным неожиданным перемещением из дома или из привычного для человека места, например, с работы, сопровождается невозможностью вспомнить имевшие место события, спутанностью в отношении личностной идентичности, что может иногда сопровождаться появлением черт новой идентичности. Состояние фуги сопровождается путешествием, вызванным стремлением человека к передвижению. Поведение человека, уходящего с работы, из дома или покупающего билет и садящегося, например, в поезд, выглядит внешне естественно и адекватно. А вот общение с таким человеком во время фуги малопродуктивно в плане получения от него достоверной информации о себе и других вещах. Диссоциативная фуга может входить в структуру связанных с культурой синдромов в пресовременных обществах. Так, например, у индейцев мис-кито в Центральной Америке наблюдается состояние, называемое "гризи сикнис". Гризи сикнис характеризуется трансом, убеганием из дома и последующей амнезией. Люди в этом состоянии представляют социальную опасность для себя и окружающих в связи с ауто- и гетероагрессивным поведением (Dennis, 1985).

Деперсонализационное нарушение, входящее в структуру диссоциативных нарушений, выражается в постоянном или возвращающемся рекуррентном чувстве отделения человека от собственных психических процессов или чувстве отделения от тела. Представляет интерес сохраняющаяся при этом правильная оценка реальности. Во время отделения человека от его психической деятельности он оказывается в состоянии внешнего наблюдателя за своими психическими процессами. При этом нарушении могут возникать переживания чувства автомата или ощущения участника сновидений. В состоянии отделения от тела пациенты наблюдают свое тело со стороны, "находясь" от него обычно на близком расстоянии, например, в той же комнате, "видят" себя лежащими на диване. Деперсонализация в пресовременных

обществах диагностируется в рамках связанных с культурой синдромов, относящихся к овладению духами. В то же время деперсонализация является основой некоторых религиозных переживаний и специально вызывается, например, при процедурах медитации.

К сожалению, деперсонализационное нарушение изучено недостаточно. Деперсонализационные переживания в качестве самостоятельного расстройства не должны являться симптомом другого нарушения, например, шизофрении, агорафобии или состояния, наблюдающегося при височной эпилепсии.

Диссоциативное личностное расстройство представляет собой современный синдром (Castillo, 1997) и не обнаруживается в традиционных пресовременных обществах. В то же время этому расстройству в пресовременных обществах в определенной степени эквивалентны состояния, когда в результате диссоциации человек превращается в духа, демона, бога и др.

КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО.

Этот вид расстройства заключается в потере или нарушении физического функционирования, что способствует появлению мнения о наличии физического органического расстройства. Психологический фактор оказывается этиологически связанным с такого рода симптомом, существует временная связь между психологическим стрессором (конфликтом) и нарушением. Речь идет о проекции психологического конфликта на физическую симптоматику, которая становится эквивалентом психологического нарушения. Пациент не понимает этого на уровне сознания, поэтому неправомерно полагать, что он сознательно продуцирует симптомы физического расстройства. Содержание психологического конфликта остается вытесненным в подсознание. Конверсии могут иметь самые разнообразные проявления, выражаясь в нарушении движения, походки, чувствительности, зрения, слуха, боли и пр.

ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО.

Ипохондрическое расстройство заключается в сверхзанятости страхом наличия серьезного заболевания. Убежденность в реальности такого заболевания основывается на интерпретации различных ощущений, идущих из тела и рассматриваемых пациентами как доказательство наличия соматической болезни. Оценка соматического статуса пациента с ипохондрическим расстройством не дает достаточных оснований для установления конкретного диагноза любой соматической патологии, на основании которой можно было бы объяснить его соматические жалобы, ощущения и интерпретации.

Интересен возникающий при этом парадокс, заключающийся в том, что, несмотря на отсутствие данных, позволяющих диагностировать наличие определенного соматического заболевания, пациентов нельзя полностью убедить в отсутствии этого заболевания. Согласно классификации DSM-IV, длительность этого нарушения составляет, по крайней мере, 6 месяцев. Важным диагностическим моментом является то, что убежденность человека в наличии у него соматического заболевания не носит бредовой интенсивности. Человек с таким

расстройством может в какой-то степени признавать недостаточную обоснованность собственных страхов, касающихся наличия у него тяжелой болезни.

Ипохондрические нарушения, выходя за рамки самостоятельного расстройства, могут выступать в рамках аффективных нарушений, как, например, ипохондрическая депрессия, характеризующаяся длительным течением. Разница заключается в том, что ипохондрическая депрессия, протекающая в рамках аффективных психозов, и ипохондрические расстройства основываются на качественно иных ощущениях, идущих из тела. Эти ощущения при ипохондрической депрессии являются соматическими галлюцинациями, проявляющимися в виде необычного жжения, горения, парестезии, локализованных внутри различных органов, в том числе и парестезии, идущих из органов, которые в норме не ощущаются. Такие галлюцинации вне аффективного расстройства не наблюдаются. Ипохондрические расстройства при аффективных нарушениях носят бредоподобный или вторично-бредовый характер, поскольку они строятся на очень выраженных и необычных ощущениях. Эти ощущения могут возникать и при противоположных состояниях, например, при эйфории, протекая особенно необычно в рамках редкого нарушения, называемого ипохондрической эйфорией. При этом жалобы пациентов на необычные ощущения, идущие из собственного тела, высказываются на фоне слегка повышенного настроения. Ипохондрические расстройства могут возникать и в структуре шизофренического процесса.

ФАКЦИСИОЗНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Факцисиозные расстройства характеризуются намеренным продуцированием пациентами определенных симптомов заболевания. Такого рода нарушения целесообразно дифференцировать от симулятивного поведения. Факцисиозное расстройство отличается от симулятивного целями, которые преследует человек. Пациент с факцисиозным расстройством, продуцируя признаки заболевания, не стремится при этом получить экономическую выгоду, не старается избежать наказания или получить какие-либо другие привилегии в широком смысле этого слова. Симулятивный пациент отличается от факцисиозного наличием вполне определенной на данный момент цели, например, стремления избежать судебной ответственности или получить какие-то привилегии. Если пациент симулирует наличие психического заболевания, чтобы быть признанным невменяемым в связи с правонарушением, то при разрешении ситуации и направлении его в психиатрическое учреждение, он делает все возможное для того, чтобы скорее оттуда уйти. Таким образом, цели, преследуемые симулятивным пациентом, множественны, реализуются им в зависимости от ситуации и меняются на другие. Цель факцисиозного пациента не меняется, составляя аксиальную ось его жизни.

Специфика цели факцисиозных пациентов заключается в продуцировании ими симптомов заболевания только для того, чтобы их считали больными со всеми вытекающими отсюда последствиями. Они стремятся к возможности выполнять роль больного. В классификации DSM-IV выделяется три типа факцисиозных расстройств, при которых у пациента имеют место симптомы:

— психологического характера,

— физического характера,

— смешанные симптомы.

Пациенты, страдающие такими нарушениями, способны воссоздавать разнообразные и сложные картины, соответствующие той или иной степени различных заболеваний. В связи с хроническим течением нарушения, по мере развития жизни в рамках этого нарушения, совершенствуется "мастерство" пациентов в продуцировании симптомов различных болезней. Если в начале факцисиозной "карьеры" поведение пациентов отличалось примитивностью и неловкостью, то в дальнейшем они становятся изобретательными профессионалами.

Психологические симптомы включают в себя невротические симптомы навязчивости, тревожности, страхов определенного содержания, депрессивные симптомы, при которых пациенты либо отмечают наличие у них суицидных мыслей или наоборот — специально не фиксируют на них внимания. Практика показывает, что опытные пациенты, говоря о наличии у них суицидных мыслей заявляют о них не прямо, а косвенно, обычно отвечая на заданный им вопрос, как бы не привлекая к этому внимание. Они держат эти мысли "про запас", излагая их в случае необходимости.

В факцисиозной деятельности могут использоваться и признаки более выраженных психических нарушений, такие, например, как слуховые и зрительные галлюцинации. Пациенты могут рассказывать о наличии у них сложных психопатологических переживаний, носящих фантастический характер. Для них характерна естественность в изложении этих жалоб, чтобы никто из персонала не заподозрил специального продуцирования симптомов. При возникновении подозрения, направленного в их адрес, они порывают контакты с определенным врачом, переходя из одного лечебного учреждения в другое. Переезжая в другой город, они быстро входят в роль, стараясь и здесь получить привилегии больного.

Анамнез жизни пациентов показывает наличие у многих из них близкого человека, госпитализированного по поводу психического заболевания. Входя в роль больного, он воссоздает картину болезни, виденную им у родственника. С психодинамической точки зрения между пациентом и человеком, черты психического заболевания которого он воссоздает у себя, имеется сильная эмоциональная связь. Психодинамически ориентированные психиатры усматривают в этом процессе желание идентифицировать себя с близким человеком и таким образом еще теснее "воссоединиться" с ним. Для таких пациентов характерно слабо развитое чувство идентичности, нарушение представления о себе.

Если пациент работает в области медицины или прилегающей к ней областях, он воссоздает увиденные им во время работы картины.

Продуцирование физических симптомов приводит к госпитализации таких пациентов в соматические клиники, пребывая в которых они предъявляют разнообразные жалобы на боли в области желудка, приступы почечно-каменной болезни и др. Действия таких пациентов чрезвычайно разнообразны и зависят от конкретной болезни, которую они воссоздают, например, добавление крови в мочу, тайный прием антикоагулянтов. Обращаясь к невропатологам, они предъявляют жалобы на головокружение, головные боли, мышечную

слабость, не гнушаясь при этом использования различных психофармакологических препаратов, транквилизаторов, снотворных, нейролептиков для того, чтобы продуцировать неврологические проявления.

Пациенты избирательны в своем отношении к предлагаемой им терапии. Часть лекарств они могут принимать, а часть — выбрасывать, оценивая степень действия препарата. В условиях стационара они стараются грубо не нарушать режим, чтобы не обратить на себя лишнего внимания.

Пациенты с этими расстройствами избегают разговоров о причинах своего поведения, стараясь не общаться с человеком, задающим такие вопросы. Им и самим трудно объяснить причину выбора для себя такого пути.

Психодинамическое объяснение причины возникновения факцисиозного расстройства исходит из значения раннего опыта, полученного этими людьми еще в детском возрасте. Например, ребенок, воспитывается в жесткой обстановке, характеризующейся повышенной требовательностью, необходимостью соблюдать определенную дисциплину и постоянно отвечать за свои поступки. Такой стиль воспитания для некоторых детей сложен и порой трудновыполним. В то же время ребенок отмечал, что в случае возникновения у него заболевания, отношение к нему родителей менялось. Жесткость "превращалась" в мягкость, его окружали заботой, вниманием и ласковым отношением, отпадала необходимость выполнять трудные обязанности и жесткие нормы поведения. Получаемые ребенком привилегии были очень значимы для него. Так постепенно формировалась конструкция о том, что болезнь дает большие привилегии. Главное в этих привилегиях — не экономическая выгода, а получение теплой, эмоциональной поддержки от окружающих во время болезни. Ребенок не мог не обратить внимание, что как только он выздоравливал, ситуация снова изменялась, привилегии исчезали. На возникновение факцисиозных нарушений влияет не только собственный опыт, но и наблюдение за тем, как изменяется характер отношений между родителями и детьми в других семьях.

Анализ профессиональной и семейной жизни лиц с факцисиозными расстройствами показывает наличие у них плохого "послужного списка", причину которого они объясняют своей болезнью. Как правило, это одинокие люди, имеющие отнюдь не блестящую профессиональную карьеру. Они ограничивают свои возможности в жизни, отказываясь от многих вещей. Характерным для этих пациентов является частая смена места жительства, вызванная их разоблачениями (по данным стран с высоким жизненным уровнем). В условиях прежнего СССР эти пациенты концентрировались в различных санаториях, являясь их частыми пациентами.

Встречаются также лица, ищущие возможность подвергнуться диагностическим процедурам. Психологический анализ обнаруживает у них черты, свойственные мазохистической личности. Боль, которую они при некоторых процедурах испытывают, в психодинамическом аспекте служит наказанием за их прошлые прегрешения (реальные или воображаемые).

Разрозненные данные, касающиеся распространенности этих состояний, свидетельствуют

о том, что они встречаются гораздо чаще, чем диагностируются.

Интерес представляет факт не только смены такими людьми места жительства, но и смены имени в целях маскировки. Зная свое истинное имя, они сознательно называют себя вымышленными именами, создавая новую историю своей жизни в отличие от пациентов, страдающих расстройством идентичности.

НАРУШЕНИЯ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

В современных условиях значительная часть населения подвержена воздействию неблагоприятных социопсихологических стрессоров, способствующих появлению отдельной формы нарушений, носящей название нарушения приспособления. Если ранее считалось, что продолжительность этих расстройств является сравнительно кратковременной — 6 месяцев, сегодня этот срок продлен в DSM-IV, по сравнению с DSM-III-R, до одного года. Эти нарушения по своей клинической картине могут быть очень разными с преобладанием, например, аффективных расстройств, депрессии, тревоги, реакций отказа и отчаяния с волевой и эмоциональной апатией, нарушений поведения в виде гиперактивности, антисоциального, криминогенного и агрессивного поведения.

Нарушения приспособления имеют отчетливую тенденцию к росту в условиях современной России. Пациенты с этими расстройствами являются частыми посетителями бюро занятости, попадают в поле зрения психотерапевтов, психологов, лечатся в отделениях неврозов. Рост пациентов с нарушениями приспособления связан с действием таких социопсихологических стрессоров, как выраженная экономическая поляризация населения, безработица, непредсказуемость будущего, низкий уровень личной безопасности и социальной уверенности и др.

Нарушения приспособления оказывают значительное влияние на карьеру человека, способствуя или препятствуя ее реализации. Например, поглощенность ученика проблемами социального характера приводит к снижению его успеваемости; прекращение профессиональной карьеры может сопровождаться невозможностью найти в дальнейшем свою социальную нишу.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), согласно DSM-IV, развивается как результат воздействия чрезвычайного травмирующего события/событий. Пациент, страдающий ПТСР, лично пережил или был свидетелем убийств, сцен насилия, гибели близких или других людей, издевательств, угрозы физической целостности. Реакция на травмирующее событие включала интенсивный страх, чувство беспомощности, состояние ужаса. Психотравмирующие ситуации, вызывающие ПТСР, включают прежде всего:

1) участие в войне; 2) попадание в заложники; 3) попадание в плен; 4) бандитское нападение; 5) изнасилование; 6) нападение террористов; 7) киднэппинг; 8) природные или

связанные с деятельностью человека катастрофы. Хронические последствия психологических травм исследовались задолго до того, как в современных классификациях появился термин "посттравматическое стрессовое расстройство". Эти исследования начались в 50-е годы и проводились на бывших узниках концентрационных лагерей. Последствия, связанные с пережитыми ими событиями, такими, как экзекуции, пытки, насильственный труд и голодание, описывались учеными разных стран. Так, например, Bensheim (1960) описывает в качестве хронических последствий этих переживаний страх и паранойю. Mattusek (1975) обращает внимание на имеющее место у бывших узников тотальное недоверие к окружающим. Venzlaff(1967) подчеркивает длительность таких нарушений, связанную с хроническими личностными изменениями. Klein (1974), Arthur (1982) описывают у таких лиц депрессию и тревогу, сочетающиеся с разнообразными соматическими симптомами. Обращается внимание на влияние этих признаков на возникновение нарушений приспособления, способствующих развитию особого стиля поведения, названного Chodoff (1975) пассивным, фаталистическим личностным стилем. Этот стиль включает в себя постоянно присутствующее чувство безнадежности с потерей интереса к тем активностям, которые раньше доставляли чувство радости. Niederland (1964) фиксирует внимание на наличии у таких лиц недоверия и враждебности.

Eitinger (1959) обнаружил, что количество случаев шизофрении у беженцев оказалось в 5 раз выше, чем у местного населения. В связи с этим у автора возникло предположение о возможном влиянии хронических последствий тяжелых психических травм на возникновение эндогенных заболеваний. Eitinger (1960) обращает внимание на частоту возникающих у таких людей параноидных реакций с идеями преследования.

Krupinsky, Stoller, Wallace (1973), проводившие исследование в Австралии, обнаружили, что у еврейских беженцев с выраженной доэмиграционной травмой выявлялось более низкое количество заболевших шизофренией по сравнению с беженцами других национальностей из Польши, России и Украины. Тем не менее, у еврейских беженцев имело место большее количество случаев заболевания, диагностированного как синдром концентрационного лагеря. Этот синдром проявлялся инсомнией, хронической усталостью, раздражительностью, беспокойством,тревогой и депрессией.

Hoppe (1972), Eitinger (1980) пришли к выводу о необходимости учета в этиологии этого синдрома не только физических, органических, но и психологических факторов. В этом контексте Franki (1969) анализировал значение смысла жизни для человека вообще и узников концентрационных лагерей, в частности. Franki считал, что главным фактором коррекции нарушения является не избавление человека от какого-то симптома этого нарушения, а подход, позволяющий человеку осмыслить то, что его жизнь имеет смысл как для него, так и для окружающих. Эти работы, связанные с вопросами экзистенциального и морального плана, оказали существенное влияние на реабилитационные программы, проводящиеся с ветеранами вьетнамской войны (Boehnlein, 1989).

Такие реакции человека на психологическую травматизацию, как избегание мыслей и чувств, связанных с психической травмой; чувство отгороженности от других; чувство кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной проекции, входящие в

структуру посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), представляют из себя свойственный любому человеку ответ на тотальное когнитивное нарушение, связанное с ощущением разрушения привычного порядка, потерей смысла жизни, разрушения стабильной системы, объединяющей людей и специфической для каждого этноса.

В результате более современных исследований (Myhir с соавторами, 1995) была обнаружена положительная корреляция между психической травмой и развитием различных психических патологий у афганских беженцев в США.

Эпидемиологические исследования вьетнамских беженцев в США, проведенные Gong-Guy (1987), выявили высокие уровни их стрессированности и нуждаемость в психиатрической помощи. Преобладающим симптомом, являющимся серьезной клинической проблемой, являлась депрессия, нарушающая психосоциальное функционирование и социопсихологическую приспособляемость человека (Westemleyer, 1985).

ПТСР описано у беженцев из Юго-Восточной Азии, переживших камбоджийские концентрационные лагеря (K.inzie.1989). Mollica с соавторами (1990) сообщали, что у 50% беженцев из Юго-Восточной Азии в США обнаружено ПТСР.

Westermeyer с соавторами (1989) подходят к вопросу о длительности ПТСР дифференцированно с выделением отдельных признаков ПТСР и их длительности. Авторы установили, что некоторые симптомы как, например, депрессия и соматические признаки имеют тенденцию к уменьшению со временем, по мере аккультуризации в другой стране, в то время, как тревожность, враждебность, паранойя не претерпевают существенных изменений, связанных со временем. Moore и Boehnlein (1991), исследуя беженцев культуры Миен из Лаоса, обращают внимание на то, что депрессия в структуре ПТСР может быть устранена достаточно легко при использовании психофармакологического лечения. Однако другие симптомы остаются и инвалидизируют пациентов, несмотря на отсутствие депрессии.

Исследование, проведенное Sack с соавторами (1995) в США, касающееся двух поколений камбоджийских беженцев, не являющихся пациентами психиатрических учреждений, выявило, что признаки, характерные для ПТСР, продолжаются очень долго, хотя депрессия носит менее хронический характер и развивается эпизодически под воздействием социальных ситуаций. По мнению авторов, специалистам стран, предоставляющих убежище беженцам, следует учитывать воздействие на этих людей конкретных факторов, в связи с тем, что некоторые из них способствуют снижению степени выраженности травматических переживаний, а другие могут обострять и оживлять эти переживания. К последним, например, относятся: наблюдение за несчастными случаями непосредственно или по телевидению; упоминание о преступности; юбилеи, связанные с военными действиями и напоминающие о пережитом.

Большое значение в коррекции этих состояний имеет поддержка семьи и специально созданных социальных групп. Негативное влияние на терапию оказывают потеря связи с родственниками, отсутствие прежней семьи и языковые затруднения.

Основные характеристики ПТСР включают:

(1) повторное переживание психической травмы во время бодрствования и в сновидениях;

(2) недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других аспектах жизни;

(3) признаки нестабильности, депрессии и когнитивных нарушений (отвлекаемость на внутренние ассоциации, плохая концентрация внимания и др.)

Синдром ПТСР полностью развивается через некоторое время после травмы. Задержка во времени развития может быть короткой, например, одна неделя и очень длинной, затягивающейся на годы (согласно Kaplan, Sadock, 1991, до 30 лет). Авторы указывают, что приблизительно 30% пациентов выздоравливают, 40% проявляют легкие симптомы, 20% — умеренные и 10% остаются без изменения или их состояние ухудшается.

Хороший прогноз предопределяют быстрое развитие нарушений, их короткая продолжительность (несколько месяцев); отсутствие психических травм в преморбиде, а также сопутствующего психического или другого заболевания; наличие реальной социальной поддержки.

За период времени, прошедший между принятием двух классификаций DSM-III-R и DSM-IV, произошли некоторые изменения, касающиеся описания стрессовых переживаний как находящихся "вне размеров нормальных человеческих переживаний". Исключение этой фразы связано с ее неточностью, так как в настоящее время констатируется наличие значительного количества подобных стрессоров. В DSM-IV подчеркивается, что личностный ответ на стрессор должен включать интенсивный страх, беспомощность или ужас. Вводится понятие острых (длительность состояния менее 3 месяцев) и хронических (длительность от 3 месяцев и дольше) спецификаторов.

Выделяется спецификатор отложенного по времени возникновения ПТСР, возникающего спустя 6 месяцев после травмы.

Введено отсутствующее в DSM-III-R "острое стрессовое расстройство", возникающее непосредственно после или во время действия самой психической травмы и длящееся от 2 дней до 4 недель после завершения травматического события. Если симптомы продолжаются более одного месяца, правомерен диагноз ПТСР, который не ставится в случае продолжительности симптомов менее 1 месяца.

К возникновению ПТСР наряду с предшествующей психической травмой предрасполагает наличие определенных травмирующих ситуаций в детском возрасте. Компенсация событий, происшедших в детском возрасте, скрывается под воздействием большого психогенного фактора.

К характерным признакам ПТСР относят переживания событий, связанных с травмой, что, несмотря на их вытесненность из сознания, проявляется в ночных кошмарах и сновидениях. При столкновении с событием, звуком, запахом и пр., чем-то напоминающим вытесненную из сознания ситуацию, также может происходить внезапный прорыв этого события в сознание. При этом нарушается контакт с реальностью, появляется неадекватное поведение, которое может представлять социальную опасность как для него самого, так и для окружающих. Поэтому, хотя отнесение ПТСР к разделу непсихотических нарушений не вызывает сомнения, но в то же время потеря контакта с реальностью, возникающая во время вышеперечисленных

состояний, позволяет отнести проявления ПТСР в эти периоды к психотическим нарушениям. Этот факт имеет непосредственное практическое значение, обусловленное совершаемыми такими людьми правонарушениями.

Возникающие состояния могут быть как сравнительно короткими, так и более продолжительными по времени. Известен случай, иллюстрирующий пример кратковременного ПТСР, во время которого носитель этого расстройства "свернул" шею подошедшему к нему сзади знакомому, который, решив пошутить, закрыл ладонями его глаза. При более длительном расстройстве человек в течение определенного периода планирует агрессивные действия в состоянии суженного сознания.

Эмоциональные реакции лиц с ПТСР отличаются от реакций, имеющих место до возникновения этого нарушения. Эти изменения касаются отсутствия тонкостей нюансировки эмоциональных реакций и сильной выраженности эмоций. Согласно Юнгу, эмоции, вытесненные в подсознание, характеризуются тем, что они "не оттачиваются и не отшлифовываются". Лица с ПТСР подавляют свои эмоции, возможный "выброс" которых осуществляется в брутальной форме. В обыденной жизни таких людей характеризует стремление к минимизации в использовании эмоций. Им присущ подсознательный страх "включения" эмоциональной сферы в связи с предполагаемой деструктивностью.

Лица с ПТСР избегают ситуаций, потенциально способных напомнить им переживания, которые они испытали. Для них характерен уход от длительного планирования, в связи с отсутствием настроенности на длительную жизнь.

Наличие этих расстройств у лиц молодого возраста особенно деструктивно в связи с появлением дополнительных условий, способствующих появлению различных аддикций химического характера.

Коррекция ПТСР может быть более эффективной, если учитывается система культуральных ценностей пациентов, особенности семейных отношений, религиозные верования. Особенно важен анализ умения пациентов справляться с потерей и скорбью в социальном плане, наряду с реальной помощью найти новую точку "кристаллизации", обрести снова смысл жизни. Проведение таких коррекций в группах помогает пациентам на фоне взаимной эмоциональной поддержки реинтегрироваться в обществе (Boehnlein, Span-, 1993).

ГИПОСТИМУЛЯЦИОННЫЕ И ГИПЕРСТИМУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ

В связи с изменениями, происходящими в современной жизни, человек находится под влиянием выраженных социопсихологических стрессоров. Выделение категории нарушений приспособления подразумевает анализ воздействия на человека социопсихологических стрессоров, однако недостаточно учитывается транскультуральный аспект проблемы. Анализ современной ситуации в России позволяет высказать предположение о наличии тотального негативного психологического воздействия на население. В современных условиях выделяется новый фактор, касающийся разных аспектов жизни. Этот фактор носит название "изменение

стимуляции".

Существует уровень стимуляции, к которому человек хорошо адаптируется. Стимуляция как комплекс явлений, воздействующих на человека, может быть разделена на низкую, среднюю и высокую. Современная жизнь популяции в целом характеризуется высокой степенью стимуляции и, таким образом, в лучших условиях оказываются лица, лучше приспособленные к гиперстимуляции.

Человек вынужден воспринимать большое количество информации, поступающей извне. Увеличение количества информации происходит в связи с ускорением течения жизни и нарастанием количества событий. Человек сталкивается с повышенной стимуляцией постоянно. Например, получаемые в процессе школьного обучения знания отличаются от знаний, которые он мог бы получить, если бы учился, например, два года назад, более того, эти знания в дальнейшем требуют постоянного пересмотра, изменения и дополнения. Изменилась и скорость приобретения знаний, появилась необходимость выработки новых навыков.

Стимуляция происходит и на уровне необходимости для человека проявлять свою самостоятельность, принимать решения. Необходимо иметь свое отношение к событиям и оценивать их с использованием новых знаний, что приобретает особое значение в связи с усиливающейся взаимозависимостью явлений. В прежнем, линейно развивающемся обществе можно было ограничиваться опытом родителей, более старших друзей. В современном обществе этот опыт явно недостаточен.

ГИПЕРСТИМУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ.

Гиперстимуляция связана с необходимостью человека постоянно находиться в мобильном состоянии повышенной активации и постоянной интенсивной готовности. Многие к этому не привыкли. Адаптация к жизни в современных условиях вызывает у существенного количества людей определенные затруднения. Отношение к ним зависит от воспитания в детстве. В популяции есть хорошо адаптирующиеся к новым условиям, адаптирующиеся с затратами и дезадаптивные лица, у которых возникают срывы и нарушения, типичные для гиперстимуляции.

До настоящего времени картина расстройств, связанных с гиперстимуляцией, описана недостаточно. Этот вид нарушений не входит в классификации. Признаки, присущие гиперстимуляции, могут излагаться под другими названиями, например, синдром хронического истощения или синдром выжигания. Многие специалисты "подводят" эти состояния к неврастенической симптоматике, не учитывая их специфической этиологии.

К признакам гиперстимуляционных состояний относятся следующие:

1. Чувство хронической усталости, раздражительность по несущественным причинам, приводящая к эмоциональным вспышкам, после которых состояние хронической усталости на какое-то время усиливается.

2. Нарушение сна. Затруднение засыпания в связи с неприятными воспоминаниями, несущими в себе потенциальную угрозу. Частые ночные просыпания с ощущениями

значительного психологического дискомфорта, тревогой, оживлением явлений, несущих в себе потенциальную угрозу.

3. Чувство физической слабости, разбитости.

4. Значительное снижение креативности, выражающееся в отсутствии новых идей, интересных мыслей. Жизнь и ситуация, в которой пребывает человек, кажется ему скучной, однообразной, лишенной интереса и смысла, воспринимается как нечто очень надоевшее и давно знакомое.

5. Отрицательная самооценка, вызывающая по механизму психологической защиты проекцию вины на окружающих, проявляясь в придирках по мелочам и в желании таким образом отвлечься от своих внутренних проблем.

6. Желание уединиться. Раздражение по поводу телефонных звонков, прихода гостей и всего того, что требует дополнительной активации, концентрации внимания, эмоционального включения.

7. Непрогнозируемость развития событий, неожиданные изменения в различных сторонах жизни, кризисные ситуации.

Состояния, связанные с гиперстимуляцией, отличаются от синдрома выжигания и хронической усталости своей большей обратимостью. Выход человека из зоны гиперстимуляции приводит обычно к быстрому восстановлению состояния человека.

ГИПОСТИМУЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ

Несмотря на то, что общей тенденцией в современном мире является нарастание гиперстимуляции, существуют зоны, для которых характерна гипостимуляция. Нарушения психики, возникающие при гипостимуляции, необходимо учитывать при выполнении различных видов деятельности, как, например, наблюдение за радарными экранами, пилотирование самолетов, космических аппаратов (Davis с соавторами, 1960; Cameron с соавторами, 1961). Сенсорная депривация может использоваться для "промывания мозгов" (Shaeffer, Bemick, 1965). Американский астронавт John Glenn (Mandel, 1962) рассказывал, что когда он во время космического полета сообщил, что видит маленькие блестящие частицы, летающие около иллюминатора его капсулы, психиатр "Проекта-Меркурий" спросил его: "Что они говорят тебе, Джон?" (Обращается внимание на то, что гипостимуляция способна вызвать галлюцинаторные расстройства).

К ситуациям гипостимуляции относятся работа в малых изолированных коллективах и в отдаленных районах (Крайний Север, Антарктида и др.). С гипостимуляцией встречаются участники длительных морских путешествий, особенно мореплаватели-одиночки, работники гидрометеорологических станций, водители машин на автострадах на длинные дистанции, полярники и др. (Byrd, 1938; Gunderson, Nelson, 1963).

В результате исследований сенсорной депривации, проводимых в Монреале, было показано, что трехдневное нахождение в изолированной, звуконепроницаемой камере при

одновременном уменьшении визуальной, тактильной и кинестетической стимуляции вызывало у добровольцев поведенческие, физиологические, интеллектуальные изменения. Некоторые расстройства возникали в начальном периоде изоляции. К ним относились раздражительность, дискомфорт, усиление эмоциональных проявлений. В дальнейшем усиливалось воображение, возникали галлюцинации, нарушалось логическое мышление (Bexton с соавторами, 1954). Vemon, Marton, Peterson(1961) установили, что галлюцинаторные нарушения при сенсорной депривации возникли только у 10 из 55 испытуемых. Fiske (1961) подчеркивал значение в возникновении усиленного воображения и галлюцинаторной готовности во время сенсорной депривации фактора ограничения подвижности.

Длительные гипостимуляционные нарушения в естественных условиях характеризуются стимуляцией подсознания, что может проявляться усилением воображения, восприятия, появлением тенденции к фантазированию, ярким сновидениям. Типично изменение мотивационной сферы, например, появление интереса к вопросам религии, философии, саморефлексии; усиление творческого потенциала; изменение характера отношений с окружающими вплоть до серьезных конфликтов, вызванных усилением психологической несовместимости и возникновением агрессии. Психологическая нетерпимость во многом связана с усилением эмпатии, в результате чего люди начинают лучше понимать и чувствовать друг друга. Поскольку не все то, что понимается и чувствуется, нравится, а уйти из ситуации невозможно, возникает нарастание негативной реакции. Под действием длительной гипостимуляции происходит изменение личностных установок.

Исследованиями, проводимыми в Институте морской и тропической медицины в Гдыне, установлено, что люди, испытывающие длительную гипостимуляцию, отмечают изменения характера, становятся менее социабельными, уделяют меньше времени совместным мероприятиям, резко ограничивают круг своих знакомых. Они объясняют это потерей интереса к поверхностному общению. Их контакты становятся все более избирательными и содержательными.

ЧАСТЬ IV

ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ ПОВЕДЕНИЕ

Отклоняющееся поведение включает нарушения, затрагивающие значительное количество людей различных социальных уровней в разных странах и обществах. Отклоняющееся поведение требует специальных подходов в плане превенции, коррекции и лечения.

Психиатры, психологи и социологи, желающие глубже познакомиться с этой проблемой с использованием специальной литературы, сталкиваются с отсутствием достаточного количества материалов. Эти вопросы не излагаются ни в учебниках психиатрии, изданных в бывшем СССР, ни в современных руководствах, ни в классификациях психических нарушений. Последние не включают многие виды отклоняющегося поведения, несмотря на их социальную значимость.

Под отклоняющимся понимается поведение, отклоняющееся от условно принятых норм:

культуральных, этических, моральных, юридических, религиозных, экономических и др.

В современных классификациях DSM-III-R и DSM-IV отклоняющееся поведение не выделяется как самостоятельная категория, а его проявления включены, в частности, в раздел личностных расстройств. В DSM-IV выделяют три кластера личностных расстройств, охватывающих 10 форм этих нарушений. Из DSM-III-R, содержащей 11 форм, исключены пассивно-агрессивные личностные расстройства. Личностные расстройства представлены в трех кластерах — А, В, и С. Кластер А, содержащий в себе параноидное, шизоидное и шизотипическое личностное расстройство, близок и понятен психиатрам. Понимание расстройств, содержащихся в кластере В, для многих специалистов представляет затруднения, несмотря на то, что расстройства, входящие в этот кластер, имеют большее социальное значение по сравнению с нарушениями кластера А. Кластер В включает в себя антисоциальные, гистрионические, нарциссические и пограничные личностные расстройства. В кластер С входят расстройства избегания, зависимое и обсессивно-компульсивное личностное расстройство Тем не менее, наряду с формами отклоняющегося поведения, входящими в структуру личностных расстройств в DSM-IV, существуют другие виды, не входящие в классификацию. К ним относятся, в частности, такие нарушения поведения, как аддиктивное, фанатическое и конформистское поведение. В то же время в качестве отдельной диагностической категории выделяют гэмблинг (азартные игры), являющиеся, фактически, одной из форм нефармакологического аддиктивного поведения.

Причины возникновения отклоняющегося поведения включают психологические, биологические, социальные, экономические и др. факторы.

Биологические факторы включают генетическую предрасположенность. Так, например, существуют лица, у которых височная область мозга функционирует более сильно. Людям с такого роде особенностью присущи яркое воображение, легкий уход в мечты и фантазии, яркие сновидения. У них хорошо развиты вкусовые ощущения и обоняние. Перечисленные характеристики могут усиливаться или подавляться под влиянием семейных и общественных условий. Рассмотрение причин отклоняющегося поведения только с биологической позиции далеко недостаточно, так как в таком случае у специалистов может возникнуть мысль об исключительном применении при таком нарушении медико-биологических подходов (лекарств), которые окажутся эффективными. Очевидно, что такое мнение ошибочно.

Учет психологической причины отклоняющегося поведения позволяет проанализировать оценку проблемы самим человеком, установить систему его ценностей, мотивации и идентичность.

Экономическая причина отклоняющегося поведения может базироваться на неадекватном уровне жизни, что не противоречит тому, что отклоняющееся поведение развивается У лиц с разным уровнем жизни.

В любой форме отклоняющегося поведения можно выделить и социальную сторону. От носителей такого поведения часто можно услышать фразу типа: 'Такова жизнь". К сожалению, такой фатализм свойственен многим. Значение этих факторов особенно проявляется при таких формах, как входящие в классификацию DSM-IV антисоциальное личностное расстройство,

пограничное личностное расстройство и по отношению к не входящим в классификацию аддиктивному и суицидальному поведению.

На возникновение отклоняющегося поведения влияют характеристики общества, в которых живет индивидуум.

Выделяется два типа обществ: традиционный и современный, модернистский. Традиционным обществам свойственна медленность течения социальных изменений; интергенерационная преемственность (континуальность), проявляющаяся в плавном переходе системы ценностей одного поколения в другое; семейная и общественная спаянность; мало меняющиеся и продолжающиеся в течение длительного периода жизни достаточно четкие социальные роли.

Современные модернистские общества характеризуются быстрыми социальными изменениями, нарастающим темпом этих изменений; нарушением интергенерационной континуальности; снижением семейной и общественной спаянности и неясными, неотчетливыми социальными ролями.

Используемый специалистами термин "предсказуемое ожидание" включает в себя структуру, обеспечивающую буфер, предотвращающий развитие многих форм отклоняющегося поведения. Знание того, что может произойти в ближайшем будущем, способно предотвратить риск развития определенных форм такого поведения и личностных расстройств. Быстро происходящие в обществе социальные изменения выступают как причина разрушения стабильных структур с заменой их другими, обычно кратковременными и очень нестабильными структурами. В результате этого процесса возникает феномен нестабильности "социальной фабрики" (явлений, происходящих в обществе). Нестабильность рассматривается как фактор риска для развития различных видов психических нарушении в целом и для отклоняющегося поведения и личностных расстройств в частности. Однако из этого не следует, что к факторам риска развития отклоняющегося поведения относятся только эти явления.

Структуры традиционных обществ также способны создавать условия для учащения развития некоторых типов отклоняющегося поведения и личностных расстройств. Традиционные структуры менее терпимы ко всякого рода отклонениям и в случае их возникновения у кого-то из членов общества эти структуры вытесняют таких членов на периферию, квалифицируя их поведение как маргинальное в случае, если их поведение не соответствует принятым в этом обществе нормам и ожиданиям. Традиционные общества обеспечивают относительную уверенность и предсказуемость ролей для каждого индивидуума, если он в своем поведении оказывается конформным ожиданиям общества и семьи. Такие социальные структуры стимулируют виды поведения, характеризующиеся сужением диапазона действия, ингибицией многих мотиваций, низким уровнем свободы. Для традиционных обществ характерен высокий уровень социальной безопасности, низкий уровень тревоги.

Для современных обществ характерен высокий уровень свободы и мотиваций и низкий уровень социальной безопасности. То есть, в отличие от традиционных обществ, современное общество требует от человека высокого уровня автономии, независимости, ожидания того, что человек создаст для себя собственную социальную роль. Социум стремится "наградить"

поведения, связанные с более активным стилем жизни, с большим самовыражением, большим использованием своих возможностей. Таким образом, в разных обществах вышеперечисленные явления выглядят по-разному. Перемены, происходящие в обществе, способствуют переходу одного типа общества в другое. Так, традиционное общество может стать модернистским. Интересно сравнение обществ в транскультуральном плане, ибо различия, существующие в обществах, способствуют или "тормозят" развитие отклоняющегося поведения и личностных нарушений.

Eysenck (1991), исследующий эти различия, отмечал, что вариаций между людьми внутри любого общества больше, чем различий между обществами. Следует учитывать значение этих различий, так как при наличии у человека определенной личностной черты, которую подавляет общество и семья, шанс развития этой черты уменьшается и наоборот. Ряд исследований, проведенных, например, Wawaki, Eysenck (1977), подтверждают правоту этого положения. Авторы, проводящие сравнительное исследование студентов учебных заведений, обнаружили, что японские студенты, по сравнению с британскими, характеризуются более высоким уровнем интравертированности и невротизма, что определенным образом сказывается на картине отклоняющегося поведения и личностных расстройств. Тем не менее, влияние культуры на возникновение таких нарушений в ряде случаев может быть преувеличено. Этим объясняется неправомерность существования штампа, утверждающего, что "культура очерчивает личность". Ибо нельзя сказать, что определенной культуре свойственно население с определенными чертами личности. Разнообразие таких черт велико. Культурные ценности во многом определяют предпочтительность поведения, усиливая и моделируя отдельные личностные характеристики, они влияют на частоту различных отклонений путем подавления черт, несоответствующих социальным требованиям, и стимуляцией частоты признаков, находящихся в соответствии с социальными ожиданиями. То есть, культура повышает уровень социальной переносимости определенных черт характера и может снижать уровень своего "терпения" по отношению к другим чертам.

Weisz (1993) установил наличие разницы между поведенческими проблемами у детей в традиционных и модернистских обществах. Так, дети, воспитывающиеся в традиционных обществах, в большей степени страдают от симптомов, связанных со сверхконтролем со стороны родителей, в то время, как дети из модернистских обществ проявляют отклонения, связанные с недостаточным контролем. Семьи в традиционных обществах проявляют тенденцию к подавлению эмоций у детей, задерживая их естественное эмоциональное выражение, при этом исходят из того принципа, что ребенок должен в рамках приличия сдерживать свои эмоции, в том числе радость и веселье, что резко отличается от подходов, принятых в модернистских обществах. Традиционные общества приветствуют конформность, спаянность с группой. Им присуще плохое отношение к автономии, к любому проявлению индивидуализма.

Kleinman (1988) опубликовал работу, в которой показана задержка индивидуального развития у детей, воспитывающихся в традиционных семьях.

Современные данные, посвященные этому вопросу, показывают, что предшествующие теории исходили из того, что опыт, приобретенный в раннем детском возрасте, является

сильным детерминантом личности, поэтому механизм влияния культуры действует на ребенка в основном в период раннего детства, определяя воспитание ребенка как решающий фактор в профилактике возможных отклонений. Влияние раннего периода жизни ребенка на возможность развития у него отклоняющегося поведения, несомненно, велико. Тем не менее, нельзя исключать влияния на этот процесс семейных и внесемейных факторов в последующие периоды жизни. Социализация ребенка происходит как в семье, так и вне семьи. Культура в целом во многом определяет поведение самих родителей, определяя выбор способов воспитания ребенка. События, происходящие в обществе, влияют на социальное обучение ребенка, происходящее вне семьи, в контактах со сверстниками, учителями, знакомыми.

Особенно значимы в формировании личности группы сверстников. С точки зрения Rutter (1993), влияние именно этих групп чрезвычайно важно для развития у детей различных форм отклоняющегося поведения и личностных расстройств. Попадание в антисоциальную группу способствует тому, что ребенок "заражается" таким поведением, особенно при наличии у него биологических и психологических предпосылок.

На возникновение отклоняющегося поведения оказывают влияние и различные авторитеты в обществе, организации и клубы по интересам, религиозные общества. Социальные ценности, рекламируемые в обществе и являющиеся для него очень значимыми, также могут влиять на личностное развитие.

Социальные факторы риска отклоняющегося поведения и личностных расстройств включают в себя отсутствие четкой социальной структуры, социальных норм и отсутствие возможности быть задействованным в полезной социальной роли.

Факторы социальной защиты включают наличие социальных структур, норм и возможностей выполнять социальную роль.

Неблагополучие в обществе и социальная дисфункция способствуют развитию семейной дисфункции. Более того, факторы социального риска еще в большей степени усиливают неблагоприятные ситуации в семье. И наоборот, семейное благополучие корригирует внесемейные неблагоприятные ситуации.

Дисфункциональность семьи считается главным психологическим фактором риска, имеющим значение в развитии отклоняющегося поведения и личностных расстройств. Дисфункциональной может быть как нуклеарная семья, состоящая из родителей и ребенка, так и расширенная семья, включающая в себя предшествующие поколения и близких родственников. Семейная структура не может быть изолированной от событий, происходящих в обществе. Дис функциональная семья может существовать и в благополучном во всех отношениях обществе. Вероятность возникновения нарушений у детей, воспитывающихся в такой семье, велика, но в то же время социальный буфер общества может защитить детей от этих нарушений. В то же время даже в очень дисфункциональных обществах хорошо функционирующие семьи могут воспитывать здоровых детей. Таким образом, основной причиной, способствующей развитию отклоняющегося поведение и личностных расстройств, являются все же не непосредственно социальные факторы, а характер семейной ситуации.

Социальные факторы, воздействующие на функционирование семьи, включают в себя

доступность социальной поддержки для членов семьи, например, предложение возможности получить работу или иной вид реальной поддержки, предлагаемый другими членами расширенной семьи, при отсутствии возможности получить желаемое в пределах нуклеарной семьи.

В традиционных обществах, гарантирующих чувство социальной уверенности в поддержке со стороны клана родственников и знакомых в случае возникновения экстремальной ситуации, регистрируется более низкое количество случаев отклоняющегося поведения и личностных расстройств. Примеры Японии и Тайваня выглядят в этом плане достаточно убедительно.

Сравнение семей модернистских и традиционных обществ показывает, что современные семьи меньше по количеству их членов, менее стабильны, чаще распадаются, характеризуются общей мобильностью членов семьи, "широкой географией", частым изменением экономической, социальной и психологической ситуации, меньшими связями ядерной семьи с расширенной семьей. Большая подвижность семьи, частые переезды на другое место приводят к тому, что родители ребенка теряют контакты со своими родителями, родственниками и знакомыми, значимыми для них, теряют связи с привычным стилем общественных организаций. Это приводит к тому, что современные семьи лишаются внешней поддержки. Поэтому в случае возможного распада семьи последствия для ребенка будут более серьезными, чем в семьях, относящихся к традиционному обществу.

Исследования Крамера (1989) показывают наличие связи между психическим нарушением у члена семьи и распадом семьи. Под наличием психического нарушения у члена семьи подразумевается не только заболевания, но и отклоняющееся поведение или личностное расстройство.

Исследования, проведенные в США и Канаде, показывают высокую частоту психических болезней, отклоняющегося поведения и личностных расстройств у лиц, живущих не в городах, а деревнях. Хотя, казалось бы, все должно быть наоборот. Это связывают с тем, что люди, проживающие в сельской местности, живут в состоянии изоляции, не имея возможности получить новые формы социальной поддержки, которые доступны человеку, живущему в условиях современного города. Поскольку идеальных ситуаций не бывает и конфликты неизбежны в любой семье, с возникновением напряженных ситуаций в течение длительного времени важность семейной поддержки переоценить трудно.

Wemer, Smith (1992) показывают, что сопротивляемость детей отрицательным факторам во многом зависит от адаптивности личности и возможности найти поддержку на стороне, например в школе. Такие системы внесемейной поддержки функционируют в скандинавских странах. Ребенок, воспитывающийся в дисфункциональной семье, покидает ее, и школа-интернат становится для него вторым домом. Такая система поддержки привела к тому что ряд форм отклоняющегося поведения в этих странах в настоящее время встречается сравнительно редко.

Иногда важна не столько система поддержки, сколько наличие существующей в обществе потенциальной возможности ее получения. В больших городах США созданы "модельные

школы", осуществляющие защитную функцию по отношению к детям из дисфункциональных семей. Дети, посещающие эти школы, обучаются различным видам творчества, с ними проводятся занятия по интересам, их обучают навыкам, необходимым в жизни, повышают их общий и интеллектуальный уровень. Наблюдение показывает, что дети, заканчивающие такие школы, по сравнению с детьми, не охваченными такого рода деятельностью, на выходе из школ имеют реально иные возможности для "старта", с отсутствием у них предпосылок для развития аддиктивного или антисоциального поведения.

Быстрый темп социальных изменений, происходящий в обществе, сказывается отрицательно на сохранении психофизиологической целостности человека в связи с невозможностью его быстрой адаптации к изменяющимся условиям. В этом плане крайне важны точки опоры, зоны стабильности и стимуляция положительной мотивации, способствующей более легкому перенесению стрессов. Отсутствие вышеперечисленных факторов наряду с потерей или отсутствием интереса и цели в жизни приводит человека "на рельсы" отклоняющегося поведения.

Существует разница в преобладании определенных форм отклоняющегося поведения и личностных расстройств, отражающая транскультуральные различия. Например, антисоциальное личностное расстройство, являющееся важной проблемой современного общества на Тайване, регистрируется лишь от 0,1% до 0,3% населения. Suto, Takeichi (1993) показали, что низкое количество лиц с антисоциальным расстройством типично и для Японии. Тем не менее, по данным Lee и др. (1987), в Южной Корее ситуация выглядит несколько иначе. Наличие значительного количества лиц с этим видом расстройств сочетается с высоким уровнем алкоголизма в стране. Интересен факт, свидетельствующий о том, что восточноазиатские культуры, за исключением Южной Кореи, характеризуются низкой частотой антисоциальных личностных расстройств. Это связано с тем, что семейная и социальная структуры являются сильными защитными системами, препятствующими развитию антисоциального расстройства.

Согласно исследованиям Robins (1966) дети с такого рода расстройствами чаще всего воспитываются в неполных семьях или в семьях с агрессивным, совершающим акты насилия отцом. Для таких семей характерно отсутствие определенных правил поведения, непредсказуемость ситуаций, малая представленность или полное отсутствие лояльности членов семьи по отношению друг к другу. В японских и тайваньских семьях, где отцы авторитарны и строги, ожидания, предъявляемые детям, достаточно высокие с их ориентацией на достижения в области образования, престиж которого чрезвычайно высок. (Видимо еще и поэтому показатель количества докторов наук на Тайване на душу населения самый высокий в мире). В этих семьях лояльность членов семьи друг к другу ценится чрезвычайно высоко. Однако следует отметить, что авторитарность со стороны родителей способствует развитию других видов личностных расстройств, стержнем которых является тревога. К таким нарушениям относятся расстройство избегания, социальная фобия, зависимые и обсессивно-компульсивные нарушения.

В литературе выделяется форма нарушения, носящая не очень определенный характер и называемая нарушением поведения. К этой форме относится поведение, которое может входить

в структуру антисоциального нарушения, но только у 1/3 лиц с нарушениями поведения развивается полная картина антисоциального нарушения.

Влияние социальных факторов на возникновение нарушения поведения велико. К сожалению, это поведение имеет тенденцию к эпидемическому распространению. Бестужев-Лада еще в начале 1980 годов обращал внимание на нарастание в советском обществе отклоняющегося поведения, являющегося следствием общественного неблагополучия. Хотя, следует помнить о том, что такие люди встречаются в любом обществе. Наличие тенденции к нарастанию отклоняющегося поведения и личностных расстройств свидетельствует о "болезни" и неблагополучии общества, о действии неблагоприятных социальных факторов на целую популяцию.

Психологическим фактором, способствующим возникновению нарушений, является распад семьи. Количество распадающихся семей ежегодно увеличивается и особенно в западных странах. Исследования показывают, что около 50% детей, воспитывающихся в ядерных семьях, переживали распад семьи или гибель члена семьи. Исследования длительных последствий разводов на детей показывают, что отклонения, возникающие у детей, связаны не только с разводом, а с воздействием множественных факторов риска. Распад семьи инициирует каскад других отрицательных последствий, способствуя кумуляции факторов, приводящих к развитию патологии. К таким факторам относятся: ухудшение экономического положения разведенного родителя; смена места жительства с ухудшением условий (Riley, 1991); дополнительные отрицательные воздействия, связанные с вторичными разводами. Родители, испытывающие стресс при разводе, становятся менее психологически достигаемыми, имея меньше времени для эмоционального общения с детьми. Различные типы распада семьи по-разному влияют на детей. Например, относительно позитивное для ребенка значение развода в ситуации возникновения у родителя психического нарушения или насилия над детьми в семье. Положительное значение такого развода заключается в освобождении детей от экспозиции в травматической среде, в их выводе из такой среды. Но в силу того, что в большинстве распавшихся семей насилие отсутствовало, развод воспринимается как стресс, приводящий к тревоге и переживаниям. Кроме того, положительное значение развода для родителей далеко не всегда оказывается таковым для детей.

Согласно данным Уоллерстайна, большинство детей, перенесших развод, обладают достаточной сопротивляемостью к проблемам дальнейшего развития, но имеют предрасположенность к развитию психических отклонений. Развод стимулирует развитие этих отклонений (Paris, 1997). То есть, развод является не причиной, а фактором риска развития отклоняющегося поведения и личностных нарушений. Кумулятивный риск сочетания биологических, психологических и социальных факторов создает неблагоприятную основу для их развития.

Глава 1 СОЗАВИСИМОСТЬ

Созависимость, во многом совпадающая с зависимым личностным расстройством, характеризуется следующими признаками:

1. Неспособность принимать каждодневные решения без помощи со стороны. Зависимый человек, не принимающий решений, фактически позволяет принимать эти решения за себя. Акцептируя навязанный ему чужой план жизни и чужие системы ценностей, он становится несчастным, потому, что чужой выбор обычно не соответствует внутренней собственной установке, которая может существовать даже в неразвитом состоянии. Например, выбор специальности в соответствии с желанием родителей, при котором человек заставляет себя думать, что он поступил правильно, но чувство дискомфорта от этого не исчезает. Многие подавленные отрицательные эмоции прорываются в виде злости и агрессивности, оставляя после себя чувство вины и стыда.

2. Соглашательская позиция, проявляющаяся в согласии с окружающими без всякого сопротивления и анализа ситуации. Эта позиция, во-первых, связана с неумением отстаивать свои интересы и защищать свою точку зрения, а во-вторых, со страхом последствий, приводящих к разрыву значимых отношений.

3. Неспособность составлять и претворять в жизнь собственные планы и инициативы. Уже само составление плана вызывает затруднения и сомнения типа: "Как это будет оценено другими?". Мысль о плохой оценке совпадает с мыслью о том, что этого делать не следует. Такой человек может начать какую-то активность, но необходимость постоянно советоваться с окружающими приводит к тому, что советы, дающиеся людьми, не желающими вникать в проблему, приводят к остановке собственных действий. Таким образом, человек не реализовывает себя.

Созависимые люди часто делают то, что им делать неприятно, но они убеждают себя в необходимости такой деятельности, направленной на то, чтобы понравиться другим. Так проявляется связь стремления понравиться с созависимостью, вследствие которой они делают все, чтобы быть незаменимыми, чтобы окружающие знали, что они могут положиться на них и ценили их за это. Возникающее чувство дискомфорта в момент одиночества способствует приложению значительных усилий, чтобы его избежать. Постоянная необходимость поддерживать отношения с другими, без которых они чувствуют себя растерянными и тревожными, заставляет вступать в сомнительные деструктивные контакты. В случае нарушения даже этих, непродуктивных отношений лица с созависимостью чувствуют себя опустошенными, переживая разрыв как драматическое событие, с потерей точки опоры, растерянностью, невозможностью правильно оценить реальность. Такое поведение сопровождается поисками новых контактов, которые могут оказаться еще более разрушительными. Находясь в созависимом контакте, такие люди испытывают постоянный страх того, что эти непродуктивные отношения будут разрушены. Освободиться от этого страха невозможно в силу отсутствия способности к самостоятельности, которая очень пугает. С этим связан страх отрицательных оценок, ранимость к критике и реализация активностей, направленных на избегание критики.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЗАВИСИМОСТИ

Внешняя референтность созависимых людей, проявляющаяся прежде всего в том, что это

— аддикция отношений. Созависимые лица используют отношения с другим человеком так же, как химические или нехимические аддикты используют аддиктивный агент. Процесс возникает на фоне отсутствия у созависимых лиц по-настоящему развитой концепции self (селф), выражающейся в отсутствии чувства внутреннего собственного значения. Поэтому им необходима внешняя референция, как психологический контакт с другими, позволяющий избежать чувства внутреннего хаоса. Поскольку созависимые лица не чувствуют себя, у них возникают трудности с самовыражением в интимных отношениях. Отсутствие концепции собственного селф не дает возможности проявить свои глубинные истинные чувства, что приводит к трудностям в установлении интимных, независимых отношений с другими людьми. Ограниченность их выбора приводит к тому, что они сами оказываются в определенном поле выбора, в котором выбирают аддиктов.

Для этих лиц характерны отношения "прилипания", примыкания к другому, без которого они не могут выжить. Эта связь обеспечивает чувство безопасности, за которую ад-дикт готов платить любую цену. Отношения прилипания очень своеобразны, они не имеют развития, статичны, так как исключают возможность взаимного обогащения. В этих отношениях соаддиктивный человек себя не выражает и не реализует. Существование такой схемы отношений требует больших затрат энергии и времени.

Внешняя референтность проявляется в отсутствии границ. Созависимые лица не знают, где заканчивается их личность и где начинается личность другого человека. Не имея способности по-настоящему переживать свои эмоции, они оказываются под очень сильным влиянием тех эмоций, которые возникают у других людей. Это относится к таким эмоциям, как депрессия, злость, озабоченность, раздражение, счастье, заимствуемых ими от других, находящихся в непосредственной близости.

Собственное состояние не позволяет созависимым лицам дифференцировать "полученные" от других эмоции. Так, если член семьи приходит домой в состоянии угнетения, соаддиктивный человек испытывает аналогичное состояние, не понимая того, что угнетение "принадлежит другому". Он не научен пользоваться собственным эмоциональным состоянием. Такому растворению границ способствуют не только дисфункциональная аддиктивная семья, но и многие явления, происходящие в обществе, в школе, на работе и в других институциях, которые учат человека думать и чувствовать так, как ему говорят, фактически, обеспечивая культуральный тренинг созависимости. Разные культуры вовлечены в этот процесс в большей или меньшей степени. Человек при этом обучается тому, что точка отсчета, референтности для мышления, чувств, восприятия, знания является всегда внешней по отношению к селфу. Такой культуральный тренинг воспитывает людей без достаточного чувства границ, потому что для того, чтобы иметь переживание границ собственного селф, человек должен начать с внутренней точки отсчета, с себя, ему необходимо научиться знать то, что он чувствует и думает изнутри и затем относиться к миру с этой позиции. Анализ концепции объясняет причину трудностей, испытываемых созависимыми людьми в проявлении своих чувств. Для того, чтобы быть интимным, необходимо иметь развитое чувство собственного Я. При его отсутствии приближение к другому человеку создает опасность быть им "поглощенным". Отсутствие ощущения границ делает невозможным здоровое функционирование вместе с другим

человеком, потому что у созависимых лиц совместное функционирование сразу приводит к спутанности, смешению и "поглощению". Созависимые люди с расплывчатыми границами стремятся персонализировать все происходящее вокруг, усматривая в этом явления, имеющие к ним прямое отношение. Такие люди берут на себя ответственность за все происходящее, например, ощущение вины за плохое настроение у другого члена семьи.

Для созависимых людей характерно стремление к созданию впечатления. В связи с отсутствием внутренней точки отсчета (эффективной внутренней референтности), для них абсолютно необходимо, чтобы другие воспринимали их так, как бы они этого сами хотели. Им свойственно желание "быть хорошими" в связи с наличием внутренней убежденности в их способности контролировать других людей, если эти люди будут воспринимать их как хороших, уступчивых, незаменимых и пр. Жизнь созависимых людей структурируется вокруг мысли, связанной с тем, что другие подумают о них. Главной целью является попытка угадать желание окружающих и удовлетворить его. В этом они преуспевают в связи с развитыми способностями знать и чувствовать то, что нравится и не нравится другим. Их жизненное кредо исходит из того, что если им удастся стать такими, какими их хотят видеть окружающие, они будут чувствовать себя в безопасности.

В созависимых отношениях подстраивание под других и подыгрывание им оказывает плохую услугу, позволяя аддик-там в этих отношениях развиваться в статусе наибольшего благоприятствования. Созависимые люди таким образом создают "оранжерейную" среду для развития аддикций у их партнеров.

Для созависимых лиц характерно проявление заботы об окружающих. Для реализации этой цели они делают себя незаменимыми, играя роль мученика. Эгоцентричность созависимых лиц отличается от эгоцентричности других аддиктов наличием впечатления об ее отсутствии. Окружающие воспринимают поведение созависимых людей как поведение альтруистов. Наиболее частой формой эгоцентричности созависимых лиц является внутренняя уверенность в том, что все происходящее со значимым другим зависит от действий созависимого человека, считающего себя "центром вселенной". Принимая на себя ответственность за происходящее, персонализируя ее, они ставят себя в центр событий, с постоянным и непомерным расширением круга этой ответственности. Они берут на себя ответственность за чувства других, за содержание их мыслей, за их жизнь. Это мягкая, "заботящаяся", но в то же время "убийственная" эгоцентричность.

Несмотря на кажущуюся мягкость, созависимые лица проявляют такое качество, как ригидность, выражающуюся в том, что их чрезвычайно трудно в чем либо убедить, предложить им альтернативу.

Специалисты, дающие характеристики созависимым лицам, отмечают их нечестность, отсутствие у них морали. Нечестность созависимых людей проявляется в их стремлении создать впечатление отсутствия проблем, кризиса в отношениях, дисфункциональности в семье, что оказывает негативное влияние на детей, обучающихся необходимости вести двойную жизнь, скрывая от своих сверстников и знакомых события, происходящие в семье.

Отсутствие морали, очевидно, связано с тем, что у созависимых людей слабо выражена

духовность, им свойственна излишняя приземленность. Они погрязают в значимых для них деталях и не могут позволить себе трату времени на духовное развитие. У многих из них подавлено религиозное чувство, хотя внешне они производят впечатление мучеников. В этом и проявляется их лицемерие. Поэтому абсолютно неправильной является оценка аддикта и созависимого человека с позиции лучше — хуже. Проблемы есть и у того и у другого. Важно понимать, что созависимость является более тяжелой формой аддикций, чем аддикция к конкретной активности или агенту.

Рассматривая основные характеристики аддиктивного процесса, следует отметить факт совпадения ряда характеристик у аддиктов и созависимых лиц. Как тем, так и другим свойственны нечестность и отсутствие морали, отсутствие "здоровых отношений" с собственными эмоциями, проявляющееся в "замороженности" эмоций, отсутствии контакта с собственными чувствами. Характерна спутанность, заключающаяся в непонимании аддиктом последствий своего поведения. Выстроенная им модель основывается на формально логической схеме, которая не вписывается в реальность.

У аддиктов на какой-то стадии аддикций формируется новая аддиктивная личность, имеющая свою систему ценностей, которая внутри аддиктивной личности принимает логически завершенную структуру, существующую на фоне сохраненной прежней личности.

Следует подчеркнуть, что в случаях выраженной созависимости прежняя личность, как правило, также является аддиктивной. Создается впечатление, что в основе любой ад-дикции находится созависимость, которая провоцирует развитие других аддикций. Между ними происходит постоянное столкновение, приводящее к спутанности: иногда аддикт действует как здоровый человек, а иногда как аддикт. А поскольку окружающим порой бывает трудно в этом разобраться, общение с таким человеком затруднено в связи с непониманием, с какой личностью в данный момент происходит общение (с аддиктивной или с неаддиктивной). Общение с аддиктом может осуществляться только на его языке. Остальное будет "отражаться" аддиктом, использующим в этом случае все способы психологической защиты.

Для аддиктов характерны стремление к контролю, выражающееся в том, что именно таким образом они контролируют свое состояние, эгоцентризм, дуализм мышления, внешняя референтность, стремление произвести ложное впечатление отсутствия проблем и наличия благополучия, ригидность, подавленные эмоции, страх и задержка духовного развития.

Анализ вышеперечисленных явлений должен учитывать использование созависимьгми лицами и аддиктами отрицания, которое препятствует обращению за помощью и затрудняет проведение каждого этапа коррекции.

Коррекция таких состояний предполагает длительный процесс по воспитанию ассертивного поведения, противоположного созависимости. Термин "воспитание" подразумевает процесс. И если он не был начат в детском возрасте, начинать его у взрослого затруднительно в связи с наличием уже определенных развитых механизмов, предубеждений и сформированного стиля жизни. Ассертивность является абсолютно иным стилем жизни. Коррекция созависимости приводит к нарушению интергенерационной континуальности. Люди привыкли к созависимости, прививающейся в семье и передающейся от поколения к

поколению. К тому же воспитание ассертивности встречает сопротивление среды в связи с существующими традициями, предубеждениями и стереотипами.

Аддикция может возникать у человека, которому ранее была не свойственна созависимость. Например, при попадании человека в сложную ситуацию он находит для себя выход из нее в уходе в аддикцию, возникающей в этом случае на чужеродной, гетерономной почве. Коррекция такой аддикции будет более легкой и прогноз более благоприятным.

Члены семьи человека с аддиктивным поведением находятся с ним в состоянии созависимости. Созависимость предполагает взаимную зависимость друг от друга. Например, два члена семьи, муж аддикт и созависимая жена, взаимозависимы друг от друга. Недостаточная изученность вопроса и его сложность заключается в том, что созависимость, как психологический климат, является аддиктивным фактором. Сложившийся тандем устраивает обоих. Анализ структуризации времени созависимого человека показывает, что большее количество своего времени и энергии он затрачивает на решение проблем аддикта, на его опеку, ухаживания за ним, оказание ему помощи в трудных ситуациях, попытку контролировать аддикта, направленную на создание препятствия на пути к его аддиктивным реализациям. Блокирование возможностей собственной жизни и своего развития в разных направлениях может внутренне нравиться потому, что в этих состояниях созависимая личность настолько задействована в системе, что она ощущает себя нужным человеком, от которого зависит многое. Ощущение контроля и заботы — важный механизм, заложенный в созависимом человеке еще в процессе его контакта с родителями, так как созависимость прививается ребенку в результате определенного воспитания. Поэтому, если складывается, например, такая ситуация, в которой человек не может проявить созависимость (распад семьи), казалось бы, он/она должны почувствовать свободу и облегчение, связанное со "сбрасыванием" груза ответственности. На самом же деле возникает ощущение пустоты и потери смысла жизни. Этим объясняется создание ими новой семьи, эквивалентной старой, с разыгрыванием в новой семье старой, созависимой роли.

Человек с аддиктивным поведением нуждается в созави-симых людях. У лиц с аддиктивным поведением представлена реакция страха покинутое™. Например, при наблюдающемся в отношениях с аддиктом отсутствии общих тем в разговоре он вдруг начинает проявлять крайнее беспокойство по поводу длительного отсутствия ушедшего ненадолго созависимого члена семьи. Это беспокойство, выглядящее как забота о нем, в реальности является беспокойством за себя, связанным со страхом быть покинутым.

Социум может стимулировать созависимость, рассматривая ее как обязанность и декларируя принцип "Ты должен нести свой крест".

Дети, имеющие несчастье воспитываться в раннем возрасте в аддиктивных семьях и не ставшие аддиктами, несмотря на это ощущают в себе какой-то недостаток, неудовлетвореность собой и жизнью, чувствуют преграды и "блокировки". Такие лица во взрослой жизни нуждаются в помощи, несмотря на то, что формально ничем не страдают. Таким образом, взрослые дети аддиктов и родителей-алкоголиков нуждаются в профессиональной помощи для избавления их от различного рода комплексов, снижающих качество жизни.

Существует точка зрения, согласно которой увеличение количества аддиктивных расстройств связано с психологической и физической травматизацией детей в раннем возрасте. Джеймсу Джойсу принадлежит фраза "История детства представляет собой кошмар, от которого мы начинаем пробуждаться".

Психологическая травматизация детей, несомненно, имеет определенное значение в возникновении аддиктивных нарушений, однако в каждом конкретном случае ее роль должна специально анализироваться. Исследования, проведенные Finkelhor (1987), показывают, что травматические переживания стали лучше выявляться, но факт их учащения не доказан.

Специалисты, анализирующие влияния семьи, пользуются термином "психопатология родителей", под которым понимаются не психические заболевания, а прежде всего наличие у них определенных характерологических нарушений или отклоняющегося поведения. Определенные формы этой патологии являются факторами риска для развития личностных нарушений и отклоняющегося поведения у детей. К провоцирующим факторам, способствующим возникновению нарушений у детей, относятся депрессия и злоупотребление различными веществами (наркотиками, алкоголем и пр.) родителей, что ассоциируется с распадом семьи, приводя к ряду негативных последствий. Предрасположенность к развитию нарушений носит биологический и психологический характер. Когда в очень раннем периоде жизни ребенок на эмпатическом уровне "схватывает" неадекватное отношение к нему родителей, происходит задержка развития его эмоциональных функций, которая может сказаться на возникновении определенных форм отклоняющегося поведения.

Исследование взаимосвязи уровня :психопатологии и степени интегрированное™ общества показало, что в социально дезинтегрированном обществе наблюдается высокий уровень психопатологии. Leighton с соавторами (1963) провел сравнение общества относительно здорового и социально интегрированного и общества с наличием дезинтеграции. Уровень социальной интеграции исследовался с помощью индекса, включающего в себя такой сплав :многих факторов, как разрушенные семьи, отсутствие социально значимых связей, слабое лидерство, малая возможность, развлечений, частота преступлений, бедность и культуральная "спутанность". Автор обратил внимание на то, что наибольшее значение в возникновении психопатологии имеет совокупное сочетание культуральных факторов. На возникновение нарушений также влияют высокая степень миграции и обособленность. Аналогичные данные получены в Нью-Фаундленде. Возникновение аддиктивного поведения также является результатом влияния определенного "фона".

Анализ развития аддиктивного поведения у разных людей с разными психологическими особенностями показал их взаимосвязь с созависимыми состояниями, для "функционирования" этой системы необходимы личностные особенности. Так, при некоторых особенностях личности эта система не "срабатывает" и тогда связь аддикция — соза-висимость отсутствует. Это явление наблюдается при пограничном личностном расстройстве, при котором в связи с имеющимся нарушением идентичности человек не способен устанавливать длительные отношения с кем-то другим. Он идет на разрыв отношений, поэтому созависимость не возникнет. Аддиктивные механизмы у такого человека будут представлены по-другому. Если аддикция развивается не в структуре аддикция — созависимость, она может, с одной стороны,

быть мало выраженной, не сформировавшейся, с другой — сами аддиктивные реализации имеют обычно более серьезные последствия. Возможен вариант поведения, при котором человек надолго не уходит в аддикцию, а переключается на другие формы отклоняющегося поведения.

Важной характеристикой аддиктивного поведения является то, что при сформированных механизмах аддикции, способ реализации может измениться. Например, сформированный механизм, "запускающий" gambling, может легко переключиться на другую форму аддикции. Это происходит как бы само собой. В случае химической аддикции осуществляется переход от употребления одного вещества к другому, например, смена алкоголя на наркотик или "мягкого" наркотика на более "жесткий". Возможен и обратный вариант, при котором потеря работы, служащей средством ухода от реальности у работоголика, сменяется на другую химическую аддикцию. В связи с этим следует обратить внимание на то, что многие специалисты считают, что основной задачей является избавление человека от способа реализации аддикции. У них складывается ложное впечатление о том, что это избавление приведет к коррекции. В действительности, потеряв возможность реализовывать аддикцию, человек не перестает быть аддиктом. Он остается аддиктом, но без реализации. Отсюда происхождение термина "сухой" алкоголик. Человек не употребляет алкоголь, но остаются механизмы, ждущие своей реализации. Воздействовать на эти механизмы сложно. Освобождение от механизмов аддикции означает возврат, "оживление" прежней личностной структуры. Однако, к сожалению, прежняя структура, давшая "старт" аддикции, часто уже обнаруживает ряд нарушений, в том числе прежде всего явление созависимости.

Комплекс созависимости представляет новое явление в аддиктологии, являясь важной внутренней реализацией аддикта. Созависимость — это тоже аддикция, но более глубокая и труднее поддающаяся коррекции. Коррекция созависимости требует семейного подхода. На сегодняшний день в России отсутствуют центры, осуществляющие такую коррекцию.

И аддикция и созависимость относятся к нездоровым, тупиковым жизненным маршрутам, наносящим ущерб, задерживающим развитие человека и ухудшающим его здоровье. Психологические изменения приводят к тому, что забота о себе в плане реализации биологических потребностей становится неприятным и энергоемким процессом. Поэтому такие лица не обращают на себя внимание и не любят людей, пытающихся навязать им мнение по поводу обращения к врачу или психологу. Такая защита с точки зрения аддиктивной стратегии разумна, так как обращения к специалистам требуют больших временных затрат, что мешает реализации аддикции. Этим объясняется поздняя обращаемость в случаях, например, соматических заболеваний. Естественно, что такая поздняя обращаемость приводит к сокращению жизненного цикла. Созависимые лица также слишком заняты жизнью другого человека. Границы между их личностью и другим человеком растворены. Они даже говорят о себе во множественном числе, используя местоимение "мы". У созависимых лиц легко развиваются другие формы аддикции, в том числе химические. В этих случаях связь созависимого аддикта с другим аддиктом создает систему соаддиктивных отношений. При этом не обязательно, чтобы аддикции двоих совпадали. Устранение аддикции выводит на "чистую" созависимость, без коррекции которой риск рецидива аддикции очень велик.

СТРАТЕГИЯ КОРРЕКЦИИ СОЗАВИСИМОСТИ

Стратегия коррекции созависимости включает:

(1). Обращение к сознанию пациента, объективное информирование о том, как происходящее с ним выглядит со стороны и к каким последствиям приводит. Интеграция информации в сознании пациента.

(2). Поиск социопсихологических факторов, провоцирующих развитие созависимости. Обращается особое внимание на наличие у созависимых пациентов комплекса неполноценности, во многом определяющего их жизненную стратегию. Созависимые лица считают, что они мало что могут, что они ни для кого не интересны, что на них обратят внимание лишь тогда, когда они будут оказывать помощь другим, более слабым людям. Этим объясняется выбор в брачные партнеры аддиктов, так как Созависимые лица интуитивно чувствуют их слабость и нуждаемость в опеке. Исправление этого механизма может идти только через изменение отношения к себе и развитие уверенности.

(3). Осторожное избавление аддикта от наиболее деструктивных методов психологической защиты (например, от проекций вины на других с поиском существа проблемы не в себе, а в ситуации в обществе, на работе, в семье), от рационализации, заключающихся в объяснениях, что без аддикции будет хуже (например, "курю потому, что освобождаю себя от стресса, который приводит к развитию серьезных болезней"). Необходимо подчеркнуть, что хотя коррекция созависимости непосредственно связана с устранением отрицания наличия проблемы, к этому можно стремиться лишь после создания для пациента альтернативы, новых мотиваций. Быстрое, неподготовленное разрушение отрицания часто приводит к развитию депрессии, тревоги, провоцирует риск суицида или антисоциального поведения.

Воздействие через сознание может быть успешным только при участии других членов семьи, понимании ими правила, согласно которому они должны по-другому относиться друг к другу и по-другому воспринимать друг друга.

(4). Стимуляция в созависимом пациенте позитивных мотиваций, не получивших достаточного развития. Обращение к подсознанию, активация творческого потенциала.

Глава 2 АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Аддиктивное поведение, по определению Короленко и Сигала (1991), характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Актуальность изучения аддиктивного поведения связана с эпидемией развития химической зависимости, охватывающей многие слои популяции и непосредственно приводящей к росту СПИДа. Между тем понимание механизмов развития этих состояний фактически отсутствует.

У большинства складывается впечатление о возможности решения этой проблемы посредством использования "простых" способов: запретов, наказаний, пропагандистских кампаний, принудительного лечения и др. Изменение отношения общества к проблеме аддикции связано прежде всего с возможностью получения открытой квалифицированной информации, отражающей современный уровень знаний.

Определение аддиктивного поведения относится ко всем его многочисленным формам. Уход от реальности путем изменения психического состояния может происходить при использовании разных способов. В жизни каждого человека бывают моменты, связанные с необходимостью изменения своего психического состояния, не устраивающего его в данный момент. Иногда необходимо избавиться от угнетенности, "сбросить" с себя психическую усталость, отвлечься от неприятных размышлений, заставив себя по-иному посмотреть на событие, создать у себя необходимую мотивацию, почувствовать смысл какого-то явления. Для реализации этой цели человек "вырабатывает" индивидуальные подходы, становящиеся привычками, стереотипами. Иными словами, элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего психического состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем, но и останавливается в своем духовном развитии. Этому процессу могут способствовать биологические, психологические и социальные влияния.

Под биологическими предпосылками подразумевается определенный, своеобразный для каждого способ реагирования на различные воздействия, например, на алкоголь. Замечено, что лица, изначально реагирующие на алкоголь, как на вещество, резко изменяющее психическое состояние, более предрасположены к развитию алкогольной аддикции.

К психологическим факторам относятся личностные особенности, отражение в психике психологических травм в различных (прежде всего в детском) периодах жизни.

Социальные факторы включают как семейные, так и внесемейные взаимодействия. Существуют типы воспитания, которые создают более высокий риск возникновения аддиктивного поведения. Влияние семьи на психологическое состояние ребенка проявляется уже в самом раннем периоде его жизни. Согласно Sullivan (1953,1964), мать оказывает психологическое влияние на ребенка на невербальном (бессловесном) уровне сразу же после его рождения. Тревожность ("напряжение тревожности", по Sullivan) матери передается ребенку. Каким образом это происходит, автор не способен объяснить, он опирается на непосредственные наблюдения. Sullivan ограничивается предположением, что это связано с межличностным общением на эмпатическом уровне. Эмпатия — психологический термин, обозначающий схватывание, опознание эмоционального состояния человека без словесного описания, на интуитивном уровне. Эмоциональное напряжение, тревожность матери, если она постоянна или часто возникает, таким образом, передается ребенку, лишает его чувства безопасности в непосредственном окружении. Ребенок в грудном возрасте, очевидно, лишен возможности освободиться от этой ранней тревоги, облегчить ее. Вместе с тем необходимость

чувствовать себя в безопасности чрезвычайно важна для него, так как тревога приводит к формированию различных нарушений психического развития и физического здоровья. Единственный способ снять тревогу у ребенка заключается в устранении эмоционального напряжения у самой матери и проявлении нежности по отношению к ребенку.

Созависимость бывает связана с полом, что отражает дискриминацию по половому признаку. Проявления дискриминации по половому признаку (сексизм) имеют место даже в наиболее развитых современных обществах (modern societies). Социодинамическая психиатрия при анализе аддиктивного поведения и созависимости, как и других психических нарушений, учитывает групповую принадлежность пациентов. Идентичность и стиль жизни человека обусловлены социальной группой, ее динамикой и "социальной энергией" (Ammon, 1998). Социальная энергия как сила, которую люди дают друг другу, необходима для самой жизни. Если новорожденный ребенок не получит социальной энергии, он погибнет. Влияние групповой динамики начинается уже в пренатальной фазе посредством связи ребенка с психическим состоянием матери, являющейся носительницей динамики, характерной для ее социальной среды. Развитие ребенка оказывается связанным с физическим здоровьем матери, ее самочувствием, отношением к беременности и др. Особое значение имеет ранний постнатальный период, когда ребенок на уровне интуиции воспринимает окружающую его социопсихологическую ситуацию и прежде всего отношение к нему матери. Групповая динамика определяет индивидуальные реакции, особенности общения, формирует систему предпочтений. Она представляет собой нечто большее, чем простая сумма взаимодействий и ролевого поведения отдельных членов группы. В групповой динамике проявляется влияние подсознания, причем не только индивидуального, но и коллективного.

Групповая динамика влияет на особенности воспитания в детском возрасте. Это влияние может быть как деструктивным, так и конструктивным. Конструктивная динамика поддерживает развитие, формирование позитивной идентичности, способности к продуктивному общению. Деструктивная групповая динамика мешает развитию, происходит фиксация на страхе, воспитывается чувство стыда, комплекса вины и неполноценности.

Конструктивная и деструктивная групповые динамики отражают, согласно Ammon (1998), проявления конструктивной и деструктивной социальных энергий. Конструктивная социальная энергия является энергией развития взаимопонимания, социального интереса к общению. Деструктивная социальная энергия приводит к разрушению, она проявляется в агрессии, злоупотреблениях, насилии. Насилие над детьми — это один из примеров влияния деструктивной социальной энергии.

Например, в США дискриминация накладывает отпечаток на различия в воспитании мальчиков и девочек, предопределяя их разные социальные роли. Девочкам, согласно такой роли, "меньше позволяется". Пребывание девочек под большим социальным контролем приводит к развитию у них таких черт характера, как подчиняемость, зависимость и пассивность, что способствует более частому развитию у них расстройств кластера С (по DSM-IV). Именно поэтому в США большое распространение получило движение за развитие ассертивного поведения как компенсации черт, привитых в результате сексизма. Подтверждением этого факта является существование в США школ для обучения ассертивному

поведению, число женщин в которых больше, чем число мужчин. Это свидетельствует о том, что для женщин эти проблемы имеют большее значение.

В России также существует дискриминация по половому признаку, выражающаяся, например, в том, что общество менее толерантно к злоупотреблению алкоголя женщинами по сравнению с мужчинами. То, что разрешается мужчинам, не разрешается женщинам. Поэтому мужчине, относящему себя к этой категории, легче обратиться за медицинской помощью. Широко распространенный в бывшем СССР тезис о большей злокачественности женского алкоголизма носил явно дискриминационный характер и явно не соответствовал действительности, так как основывался на анализе далеко зашедших случаев патологии, что отражало позднюю обращаемость женщин.

За модернизацию общество "платит" появлением стрессовых и других расстройств. Многоработающие женщины, находясь под влиянием множества психологических факторов, подвергают себя риску развития некоторых форм аддиктивного поведения в большей, чем раньше, степени. Некоторые авторы выделяют особую форму алкоголизма у женщин, занимающих высокие руководящие посты. Но не следует забывать и о том, что наряду с этим существует и скрытый "домашний" женский алкоголизм.

Под социальными факторами, влияющими на развитие аддиктивного поведения, понимаются дезинтеграция общества и нарастание изменений с невозможностью к ним своевременно адаптироваться.

Возникновению аддикций способствует и такой фактор, как невозможность установить четкие границы между членами семьи, что приводит к "расплывчатости" и незнанию круга обязанностей, за которые отвечает каждый из ее членов. Это приводит к уходу от ответственности и проекции ее на другого члена семьи, воспринимающего проекцию, как "руководство к действию" с принятием на себя сверхответственности. Если член семьи не в состоянии справиться с этой ответственностью, он испытывает чувство вины, от которого стремится избавиться аддиктивным образом.

Большое значение в возникновении аддикций имеет такой фактор, как психологические травмы детского возраста и насилие над детьми, отсутствие заботы с предоставлением детей самих себе.

Исследованиями установлено, что в структуре семей, способствующих развитию аддиктивного поведения, наблюдается особая психологическая обстановка, к которой развивается привыкание, как к химическому веществу. Как бы парадоксально это ни звучало, такие люди не видят для себя возможности изменить эту обстановку, воспринимая ее как единственно возможный для них вариант, предложенный жизнью. Поэтому они объективно делают все для того, чтобы сохранить себя, найти способ существования в этой обстановке и в дальнейшем повторить ее в условиях новой семьи.

Механизм ухода от реальности выгладит следующим образом. Выбранный человеком способ подействовал, понравился и зафиксировался в сознании как наконец-то найденное действующее средство, обеспечивающее хорошее состояние. Аналогичного состояния можно достичь с помощью получения эмоциональной поддержки от другого человека. Однако этот

другой человек порой бывает непредсказуем и озабочен своими собственными проблемами. К тому же человеку не всегда хочется осложнять жизнь другим людям. С этим связан элемент предпочтения, привлекательности и соблазна выбранного способа изменения своего состояния, который человек начинает все более часто повторять. Повторения приводят к снижению переносимости фрустраций. В дальнейшем встреча с трудностями, требующими принятия решения, автоматически заменяется приятным уходом от проблемы с переносом ее решения "на завтра". Постепенно волевые усилия снижаются, так как аддиктивные реализации "бьют" по волевым функциям, способствуя выбору тактики наименьшего сопротивления. Снижение переносимости трудностей, уход от их преодоления приводит к накоплению нерешенных проблем. На этом фоне начинается формирование личностных изменений. Появляется "двойная жизнь", состоящая из прежней "нормальной" жизни и жизни с аддиктивными реализациями.

Аддиктивная реализация многими понимается упрощенно как прием вещества или другое аддиктивное действие. Многие специалисты не дают себе отчета в том, что реализация включает в себя еще и мысли о состоянии ухода от реальности, о возможности и способе его достижения. Реализации, раздумья, фантазии на аддиктивную тему занимают большое количество времени и энергии. Такое сосуществование двух стилей жизни в одном человеке приводит к изменениям установок, мотиваций и систем ценностей. Аддиктивное поведение меняет внутрисемейные отношения с близкими людьми. Сверхзанятость аддиктивными реализациями мешает внутри-семейной задействованности, делает невозможной семейную поддержку, взаимное участие. Пассивность аддикта проявляется прежде всего в семье, в которой он эмоционально изолирует себя. Внешне человек остается таким же, но "внутри" него живет уже другая аддиктивная личность со своей аддиктивной логикой, аддиктивными эмоциями, аддиктивной системой ценностей, аддиктивной психологической защитой. В тонкости психологических механизмов аддикт не посвящает не только других, но и сам старается не думать и не анализировать их. Такой человек в своих высказываниях ограничивается общими положениями типа: "Я делаю, как все. Такова жизнь. Когда-нибудь все будет по-другому".

КЛАССИФИКАЦИЯ АДДИКЦИЙ

Существуют химические и нехимические формы аддикций. К нехимическим относятся, в частности, азартные игры (гэмблинг), сексуальная, любовная аддикций, аддикция отношений, работогольная аддикция, аддикция к трате денег, ургентные аддикций. Промежуточное место между химическими и нехимическими аддикциями занимает аддикция к еде (переедание и голодание), так как при этой форме аддикций задействуются непосредственно биохимические механизмы. Из вышеперечисленных два термина — аддикция отношений и ургентная аддикция — требуют пояснения.

Аддикция отношений характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты отношений создают, например, группу "по интересам". Члены этой группы постоянно и с удовольствием ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящей встрече.

Ургентная аддикция проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства отчаяния и дискомфорта.

НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ.

Азартные игры

Аддиктивные расстройства лучше изучать на примерах аддикции, не связанных с приемом химических веществ, которые оказывают токсическое воздействие на организм человека и тем самым осложняют понимание основных механизмов аддикции в чистом виде.

Азартные игры (гэмблинг) относятся к аддикции, не связанной с приемом каких-то веществ, изменяющих психическое состояние.

Согласно американскому диагностическому и статистическому руководству по классификации психических расстройств DSM-III-R (1987), основной чертой патологического гэмблинга является "хроническая и прогрессирующая неспособность сопротивляться желанию участвовать в азартных играх и участие в азартных играх, которое компрометирует, разрушает или повреждает личные, семейные или профессиональные интересы. Участие в азартных играх, стремление к нему и активность в этом направлении усиливаются в периоды стресса. Проблемы, возникающие как результат гэмблинга, ведут к интенсификации участия в азартных играх". Обращается внимание на наиболее частые проблемы, связанные с участием в азартных играх. К ним относятся прежде всего хронические долги, невыполнение долговых обязательств и другие виды финансовой безответственности. Характерны нарушенные семейные отношения, недобросовестное отношение к работе, различного рода противозаконные действия с целью получить деньги для расчета с долгами.

В последнее время проблема азартных игр приобрела исключительно большее значение в связи с включением в ее сферу все более распространяющихся денежных игровых автоматов и повсеместного открытия казино. Разнообразное, привлекающее внимание своим красивым видом, мелькающими огоньками, приятными акустическими эффектами оборудование оказывает сильное суггестивное влияние на многих людей. Имеет немаловажное значение также кажущаяся легкой возможность выиграть значительную сумму денег в течение очень короткого времени. Игровые автоматы чрезвычайно широко распространились во многих странах, успешно вытесняя другие виды развлечений. Так, например, уже в конце 70-х годов в Великобритании, особенно в небольших городах, возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия, за счет возрастающей популярности залов игровых автоматов. В США, по данным Conrad (1978), количество "проблемных гэмблеров" — аддиктивных игроков, настолько зависимых от игровых автоматов, что их жизнь оказывалась полностью подчиненной этой страсти, колебалось от 4 до 10 млн. В связи с этим многие американские исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем и игра рассматривается как приятное проведение времени. По этому

механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость.

Ц. П. Короленко и Т. А. Донских (1990) выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения. К ним относятся следующие:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. "Потеря контроля", выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.

5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.

6. Периодически возникают состояния напряжения, сопровождающиеся игровым "драйвом", все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.

7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну, что выражается в том, что лица, решившие раз и навсегда покончить с играми, при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми по игре, разговор на эту тему, участие в обычной, неазартной игре и др.), как правило, возобновляют участие в азартных играх.

Следует также подчеркнуть, что лица, участвующие в азартных играх, сравнительно часто злоупотребляют алкоголем, а также прибегают к употреблению наркотических препаратов, т. е. включаются в комбинированные формы аддиктивного поведения. Для них достаточно типичны также резкое нарушение межличностных отношений, семейные конфликты, разводы, безответственность, нарушение трудовой и производственной дисциплины, частая смена работы, совершение прямых нарушений закона.

Психологический анализ личностных особенностей женщин с преимущественно аддиктивным поведением (без выраженных антисоциальных проявлений), активно участвующих в азартных играх, позволил авторам установить некоторые общие закономерности, свойственные данной группе. В детском возрасте у них проявлялась выраженная экстравертированность (открытость, стремление к общению, отсутствие чувства стеснения в непривычной обстановке и при встрече с незнакомыми людьми, активный интерес к окружающему, непосредственность). У детей было развито воображение, имела место склонность к фантазированию на темы о своей необычности, превосходстве над другими, "избранности". Они очень рано начинали верить, что в жизни им должно повезти, должен выручить случай, который поможет выйти из любого положения, все изменит к лучшему.

Уже в детском возрасте проявилось отчетливое стремление к участию в играх типа

домино, лото, карты, в ряде случаев — "монополии", в которые они играли с другими детьми и иногда со взрослыми; зачастую игры затягивались на несколько часов. В дальнейшем к вышеупомянутым присоединялись игры, требующие достаточных интеллектуальных усилий (более сложные карточные игры, "мастермайнд" и др.).

В процессе обучения или после окончания учебных заведений у большинства из них наступало разочарование в выборе профессии, карьере. Они были недовольны и своей личной жизнью, жаловались на скуку, отсутствие интереса к жизни. Семейная жизнь не складывалась, они или не выходили замуж, или разводились, что было связано с несоответствием избранников идеальному образу и отрицательным отношением ко всяким домашним занятиям: ведению хозяйства, приготовлению еды, стирке, уборке и т. д. Участие в азартных играх начиналось в компании подруг, знакомых по учебе, которые имели подобные же проблемы. Преобладали игры в карты в вечернее время. Игра часто сопровождалась употреблением алкоголя в сравнительно небольших дозах (чтобы опьянение не достигло степени, мешающей участию в ней). Вначале играли "для интереса", "не на деньги", потом — на небольшие суммы, в дальнейшем ставки могли становиться более высокими, однако не доходили до размеров, угрожающих материальному благополучию. Постепенно этот стиль жизни становился привычным, вечерняя игра была интереснее просмотра фильма, театральной постановки. Без игры возникало ощущение психологического вакуума, пустоты, чего-то не хватало. Трудно было заставить себя чем-нибудь заняться. Возникало раздражение, могло появиться стремление к алкоголю с целью "расслабиться". Зависимость от игры оказывалась настолько выраженной, что влияла на многие жизненно важные решения: например, мешала переезду в другой город в связи с ее страхом "потерять свою компанию", приводила к разрыву отношений с мужчинами, если они мешали участию в игре.

В случаях участия в азартных играх бывает довольно трудно определить начало становления аддиктивного процесса, так как аддикция развивается постепенно, исподволь и к ней полностью отсутствует критическое отношение.

В настоящее время представляется возможным выделить некоторые предрасполагающие факторы, создающие повышенный риск развития этой формы аддиктивного поведения. К ним относятся неправильное воспитание в семье, включая его различные варианты: недостаточную опеку, непостоянство и непрогнозируемость отношений, чрезмерную требовательность, сочетаемую с жестокостью, установки на престижность. Большое значение имеют участие в играх родителей, знакомых, частые игры в домашней обстановке на глазах у ребенка или подростка. Имеются данные о том, что благоприятную почву для развития игровой аддикции создает "вещизм", переоценка значения материальных благ, фиксирование внимания в семье на финансовых возможностях и затруднениях, зависть к более богатым родственникам или знакомым, убеждение в том, что все проблемы в жизни связаны только с отсутствием денег.

В заключение отметим, что азартные игры с появлением их индустрии в современных условиях стали качественно новым явлением. Существует большое разнообразие игр, ставших демократичными и доступными практически для каждого человека. Аддикция к игре начинается тогда, когда после участия в ней человек продолжает с большим постоянством думать об игре и стремится снова участвовать в ней. В связи с восторженностью он поначалу

рассказывает об этом, приглашает посетить это действо. Постепенно этот способ проведения времени все более часто повторяется, становясь не самым лучшим способом проведения времени, предпочитаемым всем другим, тем самым оказывая на человека деструктивное влияние.

Любовные аддикции и аддикции избегания

Существует три вида аддикции, соприкасающихся друг с другом, к ним относятся любовные, сексуальные аддикции и аддикции избегания. Анализ лиц, предрасположенных к возникновению трех вышеперечисленных аддикции, показывает наличие у этих людей проблем с самооценкой, адекватный уровень которой для себя они не могут установить. Они не обладают способностью любить себя, имеют трудности в установлении функциональных границ между собой и другими людьми. Эти люди не могут ощутить границы своего "Я", в связи с этим у них отсутствует и способность к реальной оценке окружающих. Им присущи проблемы с умеренностью в поведении, в проявлении чувств, в реализации активностей и т. д. Таким людям свойственны проблемы контроля, при которых они позволяют другим контролировать себя или пытаются контролировать других. Характерны навязчивость в поведении, в эмоциях; тревожность; неуверенность в себе: импульсивность; насильственность в действиях; проблемы с духовностью. Они создают для себя идолов, наделенных "высшей силой", или стараются сами играть роль этой силы по отношению к другому человеку. Им свойственны трудности в выражении своих интимных чувств.

Любовная аддикция — это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке, для которой характерны отношения, возникающие между двумя аддиктами. Поэтому отношения, в которые вступает любовный аддикт, называются соаддиктивными. Наиболее типичным для них вариантом являются отношения любовного аддикта с аддиктом избегания.

Соаддиктивные отношения между двумя аддиктами основаны на нездоровых эмоциях. Термин "здоровые" подразумевает разные эмоциональные реакции с широкой представленностью эмоций. При соаддиктивных отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность как в положительном, так и в отрицательном отношении. Эти отношения могут возникать, например, между мужем и женой, между родителями и ребенком, между друзьями, между профессионалом и клиентом между реально существующим человеком и популярной социальной фигурой, с которой у человека не было личных контактов.

Основные характеристики любовных аддикции:

1. Любовный аддикт в процессе аддикции уделяет непропорционально большое количество времени и внимания человеку, к которому у него возникла аддикция. Этот процесс внимания и сверхположительной оценки выбранного объекта сопряжен с затратами большого количества времени, очень интенсивен и энергонасыщен. Доминируя в психическом состоянии, он становится сверхценной идеей, при которой все отодвигается на второй план, не имея прежнего значения. Происходящий процесс носит в себе черты навязчивости, сочетающейся с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.

2. Аддикт находится во власти переживаний нереальных ожиданий в отношении безусловного положительного отношения к себе со стороны другого человека, находящегося в системе этих отношений.

Это ожидаемое отношение нереалистично. Оно подразумевает необходимость отказа человека от возможности быть самим собой. Ожидание, во власти которого находится аддикт, носит фантастический характер. Это мешает ему реально оценить обстановку, поэтому он не реагирует на критические суждения окружающих о происходящем. Эта критика, подавляемая доминантой аддикции, сознательно активно отбрасывается и не воспринимается.

3. Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Такое отношение к себе распространяется на его здоровье, отношения с другими и прежде всего близкими людьми. Анализ психологического состояния аддикта позволяет установить наличие у него серьезных эмоциональных проблем, центральную часть в которых занимает страх. Частично этот страх удается подавить. Страх, существующий у аддикта, подразделяется на страх, находящийся на уровне сознания, и подавленный страх, находящийся в подсознании. Содержание страха различно. Различие заключается в том, что страх, который осознается и присутствует на уровне осознания, это страх покинутости. Диапазон его действия заключается в том, что аддикт старается избежать покинутости и с этой целью может идти на жертвы, перенося многое. Порог переносимости многих явлений, которые, казалось бы, он переносить не может, высок. Тем не менее, оценка поведения аддикта должна учитывать стремление избежать покинутости. Но только этим стремлением не объясняется происхождение борьбы мотивов.

Страх, находящийся в подсознании, — это страх интимности. Хотя внешне аддикт выглядит как стремящийся к интимности. Как известно, все, что находится в подсознании, определяет очень многое. Таким образом, на уровне сознания аддикт стремится к интимности, но в то же время в связи с подсознательным страхом интимности он не способен перенести "здоровую" близость. Такие люди боятся оказаться в ситуации, где необходимо быть по настоящему интимным, быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает для себя партнера, который не может быть интимным сколько-нибудь здоровым образом. Этот феномен объясняется тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Осуществление подсознательного выбора любовного аддикта имеет в своей основе взаимность, так как его также выбирают аддикты избегания, которые ориентируются на определенные характеристики любовного аддикта.

Для аддикта избегания характерны следующие черты:

1. Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком, непереносимость этих отношений и создание интенсивности в аддиктивных реализациях вне этих отношений. Чтобы избежать интенсивности в отношениях со значимым человеком (любовным аддиктом), аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с друзьями. Аддикция отношений со значимым человеком для аддикта избегания

проявляется не в интенсивности, а в стремлении придать этим отношениям "тлеющий" характер. Однако в связи с аддиктивностью такой человек легко уходит в другие аддиктивные реализации. И несмотря на важность отношений с любовным аддиктом, он уходит от них. В отношениях со значимым для себя человеком аддикт старается не раскрывать себя, говоря о чем угодно, но только не о том, что каким-то образом квалифицирует черты его характера, потребности, опасения и пр., защищая себя таким образом от "поглощения" другим человеком и контроля с его стороны.

2. Стремление к избеганию интимного контакта с использованием для этого различных техник психологического дистанцирования.

Изучение течения процесса аддикции позволяет выделить в нем несколько этапов:

1. Период, при котором эмоциональные переживания будут интенсивными с положительным знаком (приятные переживания). В начале любовный аддикт знакомится с партнером, который ему импонирует. Часто таким партнером оказывается аддикт избегания. Это объясняется тем, что аддикт избегания обращает внимание на любовного аддикта и стремится произвести на него большое впечатление. Аддикт избегания на интуитивном уровне "схватывает", что на этого человека он как раз и может произвести желаемое впечатление, так как он чувствует слабость и нуждаемость в нем. Он производит впечатление, демонстрируя, с одной стороны, глубокую эмоциональную заинтересованность, а, с другой стороны, свою силу и возможности. Таким образом аддикт избегания проявляет ролевое поведение.

2. На втором этапе происходит развитие фантазирования. Для любовного аддикта характерна развитость способности к фантазированию, навык к которому формируется у него еще в детстве. Стимуляция фантазии приятна. Фантазии существовали у аддикта и ранее, но они относились к нереальным, несуществующим людям, выступающим в роли "спасателей". Связь фантазии с реально существующим объектом способствует появлению особого состояния радости, воодушевления и приподнятости. Любовный аддикт, находящийся в этом состоянии, чувствует себя освобожденным от многих неприятных явлений, угнетающих его с детства и приводящих к ощущению жизни как неинтересной и серой. Уйти от такого ощущения можно было только при использовании фантазий. Освобождение от чувства одиночества, изоляции, пустоты, незначимости для окружающих сопровождается приятным ощущением.

Реализация отношений сопровождается вступлением в действие механизма, при котором, находясь на пике фантазий, любовный аддикт начинает проявлять все большую требовательность к партнеру, касающуюся необходимости постоянного пребывания рядом с ним, нахождения с ним "на одной волне", потребности вместе решать все проблемы и думать в одном с аддиктом направлении. Такая требовательность не имеет границ. Аддикт фрустрируется при отсутствии партнера в течение даже короткого промежутка времени, он требует все большего внимания к себе. Таким образом, он пытается реализовать нереальные фантазии, не видя, что его требовательность не соответствует реальности, вызывая отрицательные реакции у другого, фактически провоцируя его уход от этих отношений. Поскольку речь идет о контакте с аддиктом избегания, значимость этого механизма возрастает.

3. Развитие у любовного аддикта осознания того, что в сложившихся отношениях далеко

не все в порядке. И если вначале он отрицает реальность того, что его покидают, то наступает момент, когда этот факт отрицать уже невозможно. Отрицание разрушается, наступают явления отнятия, для которых характерна мрачность, депрессия, грусть и безразличие. Исчезают положительные фантазии. Начинается анализ ситуаций, главная цепь которого — повернуть процесс обратно и восстановить прежние отношения. Строятся планы действий, которые не до конца продумываются. Возникают мысли о шантаже, угрозах, планы мести, которые могут в какой-то мере реализовываться в дальнейшем, принимая насильственный характер. В случае разрушения отношений через какое-то время они могут восстановиться снова с тем же или другим партнером. Казалось бы, накоплен опыт, который может быть использован, но он используется, главным образом, в ощущении большего, чем прежде, страха быть покинутым. Аддикт научился распознавать ранние признаки покидания, поэтому период положительной интенсивности чувств объективно оказывается более коротким, так как при появлении признаков покидания сразу же возникает конфликт.

Аддикт избегания так же обладает эмоциональными нарушениями, ему так же присущ страх, но представленность страха носит обратный, по сравнению с любовным аддиктом, характер. На уровне сознания, "на поверхности" у аддикта избегания присутствует страх интимности, репрессированный в подсознание у любовных аддиктов. Это происходит потому, что аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем, потеряет физическую и психическую энергию. Такой страх объясняется тем, что в детстве аддикты избегания уже сталкивались с моделью, которая привела их к убежденности в том, что всякая интимность — это плохо. На подсознательном уровне у аддикта избегания присутствует неосознаваемый им страх покинутости. Это приводит к желанию аддикта избегания возобновить отношения. Он боится отдаляться на определенное расстояние и, почувствовав симптомы приближающейся покинутости, возвращается к прежнему уровню отношений. Аддикты избегания стараются удерживать отношения на определенном достаточно дистантном уровне, не давая им возможности развиваться, что противоречит поведению любовного аддикта.

Аддикт избегания также проходит свой путь в отношении с любовным аддиктом. Для этого пути также характерна положительная и отрицательная интенсивность переживаний. В начале отношений аддикта избегания привлекает в любовном аддикте его ранимость и потребность в защите и во внимании к нему. Аддикт избегания использует в отношениях с таким человеком различные механизмы соблазна, играя на этих чувствах, демонстрируя свое внимание, обожание, заинтересованность в партнере и свои возможности. Аддикт избегания получает большое эмоциональное удовольствие, видя какие чувства он вызвал у любовного аддикта, осознавая то, что он к нему привязался. Это создает у него особое состояние, повышает самооценку.

Негативная интенсивность начинается с появления у аддикта избегания чувства внедрения в его жизнь, ограничения его свободы, контроля его поступков и начинающегося процесса его "поглощения" любовным аддиктом. Он испытывает нарастание отрицательных эмоций в связи с требовательностью любовного аддикта. Аддикт избегания начинает уходить от этих отношений, пытаясь уменьшать их интенсивность, используя при этом разумные доводы типа

"Я очень занят". Наступающее освобождение временно смягчает страх.

Любовный аддикт оказывается связанным с аддиктом избегания формирующимися соаддиктивными отношениями. Эти отношения включают в себя интенсивность эмоций, насильственность, навязчивость, которые используются обоими партнерами, чтобы избежать интимности и реальности. Отношения, которые они формируют между собой, составляют отдельную единицу аддиктивного процесса, называемую соаддикцией.

Соаддиктивные отношения формируются не только между этими двумя видами аддиктов, они могут формироваться, например, между двумя любовными аддиктами. Этот симбиоз представлен чрезвычайной интенсивностью взаимоотношений. Они "смешиваются" друг с другом, становясь чрезвычайно зависимыми от этих отношении. Из этих отношений исключаются отношения с другими людьми, являющимися, в лучшем случае, вторым фоном, объектом панорамы, воспринимающимся очень поверхностно. Из этих отношений исключаются даже собственные дети, которые в данной ситуации чувствуют себя очень покинутыми.

В связи с наличием разницы между людьми в энергетических потенциалах нельзя считать, что два любовных аддикта в отношениях идентичны. Обычно один из них проявляет большую энергетику с более сильным стремлением быть активным. Кто-то из них может заставить другого соответствовать своей фантазии. Другой аддикт может оказаться менее энергетически насыщенным, иметь меньшие возможности.

Существующая опасность быть поглощенным любовным аддиктом, быть "высушенным", лишениым энергии, приводит к тому, что в данной ситуации любовный аддикт, чувствующий себя менее энергетически состоятельным, меняет роль и начинает адаптировать характеристики аддикта избегания, т. е. становится по отношению к более сильному любовному аддикту аддиктом избегания, старается дистанцироваться от него. Одновременно он может выстраивать с кем-то отношения по другому типу, проявляя характеристики любовного аддикта.

Соаддиктивные отношения могут формироваться не только между двумя любовными аддиктами, но и между двумя аддиктами избегания, выступающими как аддикты избегания по отношению друг к другу. В рамках этих отношений наблюдается низкая интенсивность, основывающаяся на "негласном соглашении", "неписаном контракте", потому что каждый из них именно в этих условиях чувствует себя наиболее комфортно. Комфортные отношения низкой интенсивности внутри семьи очень удобны, но при этом каждый из партнеров имеет потенциальную возможность, которую он, как правило реализует, создавать интенсивные отношения с другим партнером в "другом мире и в другой жизни". Это может принимать цивилизованные формы, при которых один из партнеров находит себя в бизнесе, а другой интенсивно включается в другие активности, например, в благотворительность. Или один начинает увлекаться алкоголем, а другой навязчивым растрачиванием денег, садоводством или переустройством дома (Mellody, 1992).

Аддикт избегания в семейных отношениях может избегать другого аддикта, становясь любовным аддиктом в отношениях с другими людьми.

Возможен и другой вариант, при котором оба аддикта избегания вместе участвуют в форме

активности, интересной для обоих, но не имеющей большого влияния на их отношения друг с другом. Например, они могут активно участвовать в совместной работе, не влияющей на интенсивность их отношений. Таким образом, оба аддикта используют интенсивность вовне, чтобы избежать интимности внутри отношений (например, участие супружеской пары в азартных играх, туризме и пр.) с возникновением общих проблем. Совместные активности могут быть продуктивными и желательными, но вместе с тем они представляют собой препятствие, при котором партнеры интенсивны в сфере разных активностей для того, чтобы избежать интимности друг с другом.

Объективный анализ значения любой аддикции в жизни человека показывает наличие многих повреждающих последствий, игнорируемых аддиктом, который не учится на собственном опыте и не видит деструктивного действия этих последствий.

Аддиктивным приоритетом для любовного аддикта является партнер и собственные фантазии в отношении него.

Любовный аддикт, поглощенный стремлением создать максимальную интенсивность внутри отношений, в результате теряет контакт с реальностью и не может установить интимные, доверительные отношения, так как доверия, без которого настоящая комфортность невозможна, не существует.

Аддиктивным приоритетом аддикта избегания является аддикция вне отношений со значимым для него человеком. Это может быть алкоголь, наркотики, секс, работа и пр., используемые для того, чтобы создать интенсивность вне сферы общения со значимым человеком. Возникающие при этом соаддиктивные отношения могут стимулировать развитие других аддикции.

Соаддиктивные отношения чаще всего являются романтически-сексуальными отношениями между женщиной — любовным аддиктом и мужчиной — аддиктом избегания, хотя может быть и наоборот. Далеко не все соаддиктивные отношения являются романтически-сексуальными. Разные виды отношений между двумя людьми могут стать соаддиктивными отношениями.

Две аддиктивные роли могут одновременно переживаться одним человеком. Например, пациент, являющийся аддиктом избегания, может стать любовным аддиктом вне этих отношений. Или, например, человек, являющийся сексуальным аддиктом, женат на женщине, являющейся любовным аддиктом. Он является аддиктом избегания внутри брачных отношений, но вне этих брачных отношений он является сексуальным аддиктом, и у него есть любовная связь с кем-то, являющимся тоже сексуальным аддиктом. Он избегает интимности с женой, но действует как любовный аддикт по отношению к кому-то еще. Два человека переживают внутреннюю недостаточность в отношениях с самими собой, и их поведение в аддиктивных отношениях отражает эту внутреннюю недостаточность различными способами. В системе здоровых отношений внутренние границы "Я" защищают человека, создавая состояние комфорта при получении комплимента, поддержки и даже признания сложностей в отношениях. Наличие внутренних границ помогает человеку быть самим собой, уметь ставить реальные цели и оценивать свои возможности.

В отношениях между аддиктами отсутствуют здоровые разграничения, без которых невозможна интимность между партнерами, невозможно признание права на собственную жизнь и т. д. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения, оскорбления.

Существует точка зрения, согласно которой любовные аддикты более "либеральны", а аддикты избегания более "консервативны" в отношениях. Любовный аддикт находится в постоянном поиске удовлетворения своей требовательности, его не устраивает постоянство, он ищет изменений для того, чтобы улучшить отношения, увеличить количество контактов, заботы, внимания и любви.

Аддикт избегания, наоборот, старается закрепиться на достигнутом, поэтому он расходует свою энергию на удержание отношений на уровне стабильности и предсказуемости. В этом его отличие от любовного аддикта, постоянно предлагающего "неожиданности". Аддикт избегания недостаточно эмоционален и в этом смысле более рассудочен. Он не находит в изменениях привлекательности. Любовный аддикт, находящийся в отношениях с аддиктом избегания, думает, что беда заключается в том, что его партнер не хочет изменяться. Однако изменения, которых требует любовный аддикт, рассматриваются аддиктом избегания как капитуляция, как контроль со стороны другого человека, лишающего его свободы выбора.

Любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу потому, что каждый человек первично привлекается к другому вследствие "знакомых" психологических черт, проявляемых кем-то другим. Возникает влечение к знакомости. Несмотря на то, что черты, привлекающие у другого, могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, но они привычны с детства и напоминают ситуацию переживаний детства. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктивными лицами. Такие люди аддиктов не интересуют. Они не знают, как с ними себя вести. Эти люди находятся вне сферы значимых отношений, которые можно было бы с ними установить. При встрече с неаддиктивными людьми они оценивают их своеобразно, считая скучными и непривлекательными. Таким образом, человек оказывается в ловушке повторений паттернов селф-объектных отношений, заложенных в раннем возрасте. Возникает ностальгическое стремление к повторению старых переживаний, которые можно реализовать только в сфере соаддиктивных отношений.

Согласно Mellody (1992), специфика влечения любовных аддиктов к аддиктам избегания заключается в действии нескольких факторов.

1. Привлекательность того, что знакомо.

2. Привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что паттерны неприятных детских селф-объектных переживаний (раны детства) могут быть излечены на новом уровне.

3. Привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

Человек обучается проявлению чувств и интимности в соответствии со способом, который реализуется в семье. Дети, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях, настолько привыкают к этим способам, что они становятся для них привычно "безопасными". Встреча с человеком, напоминающим ему людей, которые его воспитывали, является подсознательно

привлекательной. Поскольку чувство покинутости — это чувство, которое любовные аддикты пережили в своей семье, будучи отчужденными, это научило их в детском возрасте быть тихими, одинокими, не проявлять своих желаний, не беспокоить родителей. Позже их подсознательно начинают привлекать люди, не стремящиеся их привязать к себе (аддикты избегания). Эти люди часто вовлечены в аддикции, они чем-то напоминают родителей или авторитетных, но эмоционально дистантных в детстве людей. Самооценка у любовных аддиктов занижена. То, что их покидали родители, для них означало, что они недостойны того, чтобы быть рядом с ними. Большая часть магнетического притяжения по отношению к аддикту избегания объясняется желанием любовного аддикта залечить рану низкой самооценки. В детстве они не имели возможности заставить родителей, которые покидали их, не делать этого, поэтому они хотят восстановить чувство собственной значимости на новом уровне.

Сексуальные аддикции

Разные формы сексуального поведения, рассматривающиеся как девиации, могут квалифицироваться как сексуальные аддикции. В связи с этим особую важность представляет анализ сексуальной проблемы не в описательном плане, согласно, например, ее представленности в DSM-IV или в учебниках психиатрии, важно установить, не является ли это нарушение ингредиентом аддиктивного поведения.

Сексуальные аддикции относятся к скрытым, замаскированным аддикциям. Трудность в получении прямых ответов на вопрос, касающийся этой проблемы, связана с социальными табу, представленными в ряде обществ. Степень замаскированности аддикции зависит от конкретного места ее проявления, от общественного мнения, от принятости проблемы в обществе. Так, в обществах, сурово относящихся к таким явлениям, они менее выявляются. При этом может сложиться мнение о полном отсутствии рассматриваемого явления. Правоту этого факта подтверждает выраженная скрытость инцеста, правомерно осуждаемого в разных культурах.

Сексуальных аддикции в действительности больше, чем кажется, но в общественном сознании создается впечатление об исключительности такого поведения. В скандинавских странах, например, говорить на темы, связанные с сексом, легче, сексуальные проблемы более открыты. Этим объясняется сформированное мнение о значительной представленности сексуальных аддикции в этих странах. Таким образом, сексуальные аддикции должны анализироваться в транскультуральном плане.

По механизму возникновения сексуальные аддикции подразделяются на глубокий, протрагированный вид, который начинает формироваться очень рано на фоне общего аддиктивного процесса, и поздно возникающие сексуальные ад-дикции, пришедшие на смену другой формы аддиктивного поведения, например, работоголизма.

Сексуальные аддикции начинаются с формирования особой системы, называемой системой верований и убеждений. Аксиальной осью системы являются верования аддикта о себе, отношение его к себе, которое пронизывает всю окружающую его реальность, приводя к своеобразному, специфическому мышлению. Система верований, свойственная ребенку,

состоящая из суждений, представлений и пр., рассматриваемая человеком как единственно правильная для себя, находится под влиянием социальных посланий от окружающих. Послания, касающиеся потребностей, отношений людей, установок и ценностей, косвенно или напрямую относятся и к сексуальности, предопределяя возможности ребенка, способы его поведения, создавая его модель мира и отношения с миром. Модель может включать в себя планируемые в ее рамках действия, систему интерпретаций действий других людей, смысл своих собственных переживаний с выделением проблем, требующих решения и установления приоритетов в отношениях с людьми. Система верований служит своеобразным "фильтром", задачей которого является деление активностей на значимые и второстепенные.

Система верований любого аддикта содержит некоторые основные верования, оказывающиеся неправильными, ошибочными, создающими фундамент для развития аддикции. Любой аддикт согласно своей системе верований, ядром которой является отношение аддикта к себе, не считает себя внутренне имеющим какую-то цену, относится к себе изначально плохо. Он не верит, что окружающие могут хорошо относиться к нему. У сексуальных аддиктов возникает вера, что секс является для них наиболее важной потребностью, и что это — единственная сфера, в которой они могут проявить свою состоятельность. Чувствуя себя недостойным и альенированным эмоционально от других, аддикт усматривает в сексе наиболее важную потребность, выступающую как единственное средство, которое может сделать его изоляцию переносимой. Эта основная убежденность является точкой кристаллизации сексуальной аддикции. Система верований, складывающаяся вокруг этой установки, представляет собою систему искаженной реальности, в которой существенное место занимает отрицание. Аддикты отрицают наличие у себя каких-либо проблем, используя для этой цели механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Такие люди преуменьшают, например, значение последствий венерических заболеваний, порой не думая о них, значение нежелательной беременности, отрицательные последствия потери работы, нарушения отношений с важными для себя людьми, стараясь объяснить это чем угодно, только не своей аддикцией. В ход идет и использование формальной логики с созданием псевдологической рационализационной структуры, становящейся осью их жизни. Формулируемое кредо выглядит примерно так: "Если я не буду заниматься сексом, я не вынесу напряжения, которое во мне накапливается". Или: "Это никого не касается и никому не вредит, это мое дело, мой способ расслабления". Такая система рационализации "работает на себя", чтобы сделать внутреннее состояние комфортным, снять тревогу и неадекватность. Все мысли, несоответствующие этой системе, отбрасываются. Например: "Я же связываюсь только с теми, кому я доверяю, поэтому со мной ничего плохого не может произойти". В результате аддикты отрываются от реальности. В программе исследования СПИДа показано, что картина мира сексуальных аддиктов очень искажена. Они не видят явлений, существующих рядом, воспринимают только ту информацию, которая укладывается в их систему убеждений, а остальную просто отбрасывают.

Некоторые авторы называют систему верований аддиктов "бредовой". Система ложных верований приводит к тому, что аддикты легко верят тому, что внушают себе. Возникает так называемое "мышление по желанию". Периодически они дают себе зарок измениться, убеждая себя в том, что начало действия зарока надо приурочить к какому-то событию, например, к

празднику, искренне веря в то, что они это сделают. В силу того, что этого не случается, обещания аддиктов не имеют большого значения. Интересно то, что они не обманывают, они действительно так думают, когда дают обещания, но это вовсе не значит, что их желания будут в действительности реализованы.

Сексуальная аддикция, как правило, начинается в детстве. Стимулирующим ее фактором является сексуальная травматизация. Анализ показывает, что травматизация может иметь разный характер, от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждения, что он представляет интерес только как сексуальный аддикт. В такой ситуации формируется комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу.

Представляется возможным выделить следующие фазы сексуальной аддикции:

1. Сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер. Постоянное возвращение к этим мыслям приводит к тому, что они занимают все большее количество времени, становясь любимой темой размышлений. Аддикт получает определенное удовольствие в это время, его сознание начинает по-другому структуризироваться, в нем все большее значение приобретает фантазирование на сексуальные темы. Меняется восприятие многих вещей. Окружающие начинают рассматриваться сквозь призму сверхзанятости мышления и воображения сексуальной тематикой. В них видятся прежде всего сексуальные объекты. Другие занятия рассматриваются как необходимые, но неприятные, от которых не получаешь удовольствия. Этот период может быть разным по времени, он может сопровождаться не конкретными действиями, а возникновением определенных предпочтений, мыслей о способах их реализации и фиксированием их в сознании.

2. Стадия ритуализации поведения с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению (включая мысли и фантазии), при которых одно событие следует за другим в определенной последовательности. Аддикция включает сексуальные реализации и становится повседневным ритуалом, при котором для ее осуществления резервируется специальное время. Вступление в цикл ритуального поведения не терпит отвлечения со стороны окружающих. Ритуализация сверхзанятости сексом более важна, чем конкретная реализация, поскольку она сопряжена с измененным психологическим состоянием сознания, вызывающим психологический релакс. Этот процесс поглощает много времени и энергии. Возможно постепенное "включение" действий, связанных с подготовкой входа в это состояние. Все это часто не замечается окружающими, так как сексуальный аддикт стремится к сохранению имиджа нормальности по отношению к внешнему миру, демонстрируя ему ложное Я, стараясь выглядеть человеком, у которого нет аддикции.

3. Фаза компульсивного сексуального поведения с явлением потери контроля, свойственной для других аддикции. Вступив в эту фазу, аддикт не может контролировать свои действия, оставляя после себя "след", рискуя раскрыть себя или нанести себе психологическое или физическое повреждение. Он бессилен в отношении предупреждения своего поведения. Ему трудно остановиться. Контроль над различными видами сексуальной активности теряется. После реализации компульсивного характера появляются нереализуемые обещания, связанные с пониманием необходимости остановиться. Такое поведение сопровождается дальнейшим

усилением комплекса неполноценности.

4. Этап катастрофы или отчаяния, наступающий после неприятностей, обусловленных определенными событиями, например, наказанием или заболеванием. В этот период нарастают отрицательные чувства к себе, провоцирующие обострение аутодеструктивного инстинкта и появление мыслей о самоубийстве.

После некоторого периода затишья наступает повтор цикла, своеобразие которого заключается в том, что если в предыдущем цикле аддикт достиг компульсивного этапа потери контроля, то следующий цикл начинается сразу с потери контроля, при которой все выступает в более жесткой форме и характеризуется быстрым развертыванием событий.

Аддикты в условиях занятости членов семьи длительно скрывают свои аддикции. Сделать это особенно легко, если другой член семьи тоже является аддиктом, занятым своими реализациями.

Аддикция приводит к неуправляемости жизни, критика к которой снижена. Это связано с наличием эйфорического воспоминания приятных событий и блокировкой неприятных явлений. Так, рассказывая о сексуальном успехе, аддикт думает только о приятном, игнорирует неприятные события и подвержен соблазну повторить активность, думая о том, что она будет последней. Неуправляемость аддикта приводит к формализации отношений с членами семьи. Аддикт перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ведя образ жизни, состоящий из постоянного насилия над другими системами ценностей. Это приводит к тому, что он разучивается преодолевать даже те трудности, которые он преодолевал раньше. В жизни аддикта постоянно присутствует страх, что сфера, связанная с аддиктивными реализациями, вдруг станет для него недоступной. Для него характерно навязчивое стремление постоянно доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Неуспех сексуального характера является настолько психотравмирующим, что в случае его повторения возникает опасность прямого аутодеструктивного или агрессивного поведения. Аддикт ведет двойную жизнь. Для оправдания себя в своих глазах аддикт использует мифологизацию происходящего. Поражения смогут сочетаться со злоупотреблением алкоголем, носящим аддиктивный характер и используемым для того, чтобы избавиться от неприятных чувств. Прием алкоголя может использоваться как запуск сексуальной реализации.

Рассматривая вопрос коррекции этих состояний, следует отметить частоту интеракций между сексуальной, работоголной и алкогольной аддикциями. Неудовлетворительные результаты их лечения обусловлены общими аддиктивными механизмами, присутствующими при всех аддикциях.

Как уже отмечено, у лиц с сексуальными аддикциями часто устанавливается в детстве наличие сексуальной травматизации (инцеста). Установление наличия инцеста в детстве связано с большими затруднениям, так как об этом неприятно и неудобно говорить и многие находят для себя более приемлемым отвечать на эти вопросы отрицательно. Инцестные переживания могут быть вытеснены в подсознание, и человек делает все возможное для того, чтобы не фиксироваться на этой области переживаний. Такая репрессия может быть настолько радикальной, что сопровождается полной амнезией.

Осложнения при квалификации этих состояний возникают в связи с тем, что специалисты, работающие в рамках классического психоанализа, бывают склонны с недоверием относиться к рассказам на тему о сексуальной травматизации инцестного типа в детском возрасте. Хотя, казалось бы, все должно было быть наоборот. Обсуждая переживания, например, комплекса Эдипа, они отмечают возникновение этих переживаний на уровне мышления и эмоций. Ребенок на определенном этапе своего развития испытывает ревность к одному и любовь к другому родителю со стремлением к "устранению" родителя противоположного пола. Так как эти вещи несовместимы с культурой, они быстро вытесняются, а разговоры об инцесте представляют из себя прорыв детских фантазий в сознание. Психоаналитики зачастую предполагают, что эти переживания, становящиеся "реальными", на самом деле являются выдумками и фантазиями. Такая психоаналитическая точка зрения оказывала большое давление на общество в целом и приводила к тому, что в течение длительного периода времени к разговорам на эту тему не относились серьезно. Поэтому выяснение наличия этих переживаний может иметь большое значение. Неадекватность задаваемых прямых вопросов на эту тему не дает сколько-нибудь хороших результатов. Поэтому предпринимаются попытки найти способы косвенного выяснения с использованием специальных тестов для идентификации этих событий. В настоящее время с этой целью применяются полуструктурированные тесты, фактически носящие характер фиксированного на определенных моментах психологического интервью.

Blume (1989) предложила вопросы, косвенно свидетельствующие о наличии инцеста в детском возрасте. С точки зрения автора, лицам, подвергшимся инцесту в детском возрасте, свойственны, в частности, следующие признаки:

• Наличие страхов у взрослого человека, к которым относятся страх темноты; страх оставаться ночью спать одному в комнате, кошмары, сновидения, ощущение чувства присутствия кого-то в помещении; обострение в ночное время мыслей о преследовании, угрозе; ощущение пребывания в ловушке, из которой человек не может выйти.

• Проблемы в "отношениях" с водой. Повышенная чувствительность к воде; проблемы, связанные с проглатыванием воды; возникновение неприятного чувства при попадании воды на лицо во время купания и плавания. Ощущение удушья при попадании воды на лицо. Наличие таких расстройств хорошо запоминается и свободно вербализуется человеком при разговоре на эту тему.

• Изменения ощущения чувства своего тела. Следует обратить внимание на то, в какой мере человек фиксирует внимание на своем теле. Какой имидж тела у него существует. Не старается ли он одевать себя таким образом, чтобы избежать внимания к себе.

При наличии таких расстройств появляются неуклюжесть и неловкость в походке и в позе; отсутствие достаточного внимания к себе, проявляющееся в возникновении проблем с одеждой. Такие люди носят на себе большое количество одежды, не соответствующее времени года. Форма их одежды мешковатая, они испытывают затруднения в частичном снятии одежды в комнате, при раздевании на пляже, в бане, при отходе ко сну. Они проявляют чрезвычайную требовательность к отсутствию в этот момент посторонних со стремлением быть незаметными и не обращать на себя внимания окружающих.

• Стремление быть во всем совершенным (и в хорошем и в плохом).

• Наличие частых депрессивных состояний, возникающих в связи с отсутствием загруженности делами.

• Легкое возникновение слез.

• Частые отрицательные эмоций такие, как злость и ярость; неспособность пациентов к распознаванию у себя этих эмоций и их выражению. Интенсивная враждебность по отношению к многим вещам, иногда, например, по отношению к группе людей, имеющей общий признак с человеком, совершившим сексуальную агрессию. К такому признаку могут быть отнесены возраст, манера поведения, этнические признаки. Может присутствовать враждебность по отношению к целому полу.

• Стремление контролировать мыслительный процесс, проявляющееся в медленном, осторожном характере речеобразования.

• Стремление к дистанцированию, связанное с напряжением.

• Непонимание юмора и отрицательное к нему отношение. Выраженная серьезность.

• Ощущение чувства, что за ними наблюдают, присматриваются к ним. Ожидание чего-то неожиданного.

• Неспособность доверять кому-то, исходящая из предположения, что доверие всегда небезопасно. Возможна смена недоверия на тотальное доверие, производящая необычное впечатление.

• Неспособность к поведению, связанному с разумной долей риска, с неприемлемостью всего, что связано хотя бы с некоторой долей риска, или наоборот, такой человек бросает вызов судьбе и постоянно рискует.

• Страх потери контроля над собой, над своим поведением, над ситуацией. В связи с этим специалистами иногда диагностируется у таких людей наличие обсессивно-компульсивного поведения.

• Стремление контролировать явления, не имеющие сколько-нибудь большого значения, связанные с желанием просто что-то контролировать.

• Проблемы вины, стыда и низкой самооценки. Ощущение того, что они ничего не значат. Этим объясняется высокая оценка малых положительных стимуляций со стороны других людей, сделавших немного, но высоко оценивающихся.

• Чувство жертвы, приношение себя в жертву. Отсутствие чувства собственной силы. Субмиссивное поведение. Трудности в установлении границ поведения, связанные с непониманием того, что человек должен и чего не должен делать.

• Трудности при необходимости сказать "нет", стремление заранее угадывать то, чего хочет другой человек, созависимость. Страх покинутости, ожидание покинутое™.

• Блокировка памяти на события периода раннего (до 12 лет) возраста, могущие носить фрагментарный характер. Например, из памяти "исчезает" образ человека или территории.

• Ощущение принадлежности к носительству тайны, секрета. Амбивалентность в поведении, выражающемся, с одной стороны, в стремлении рассказать о тайне, а с другой стороны, страх того, что она будет раскрыта. Ощущение того, что никто не поймет и не выслушает по-настоящему.

• Общая скрытность.

• Чувство, что они сходят с ума, сопровождающееся необычным ощущением нереальности окружающей обстановки.

• Тенденция к созданию фантастических миров и событий, в которых человек приобретает другую идентичность, противоположную прежней по содержанию. Таким образом, в мире фантазий происходит определенная компенсация, связанная с появлением противоположной личности, например, другого пола, не выглядящей жертвой и пр.

• Отрицание с игнорированием многих явлений, например, неприятных переживаний, не касающихся сексуальной травматизации, минимизация травматизации, исходящая из того, что ничего особенного не произошло, что все объясняется игрой воображения и на самом деле все выглядело по-другому.

• Подавление нежелательной информации.

• "Неадекватные", неожиданные отрицательные реакции на события, на человека, на место. Сенсорные вспышки, во время которых неожиданно, например, во время разговора или в момент нахождения на улице, человек видит внутренним зрением вспышку света или у него возникает чувство чего-то знакомого, но времени на распознавание этого явления не хватает. Сенсорные вспышки повторяются, но значение их никогда не расшифровывается, смысл ситуации не "схватывается", несмотря на наличие желания разобраться в этом.

• Трудности в разговоре на сексуальную тему. Асексуальность. С одной стороны, ощущение секса как чего-то грязного с реакцией отвращения на прикосновение к их телу.

Очевидно, это является следствием затруднений в интеграции сексуальности и эмоциональности и затруднений в разделении сексуальности от агрессивности. С другой стороны, возможно доминирование насилия с элементами сексуально вызывающего и соблазняющего поведения.

• Способность вступать в сексуальные отношения с незнакомыми представлена в большей степени по сравнению с неспособностью вступать в интимные отношения. Стремление к сексу сочетается со стремлением к агрессии, мести и ярости.

• Сексуализация всех значимых отношений, возникновение эротических компонентов при отрицательных эмоциях, злости.

• Сексуальные фантазии с элементами доминирования, насилия.

• Проблемы с интимностью в широком смысле.

• Избегание зеркал, отражающее связь со стремлением быть невидимым, недоверие к воспринимаемому образу себя в зеркале.

• Возникающее иногда желание изменить имя, фамилию, по-другому себя обозначить.

• Ограниченная способность переживать положительные эмоции с мыслями типа "Я никогда не могу быть по-настоящему счастливой и радостной". Боязнь наступления у себя таких состояний, так как после того, как они проходят, наступает противоположное состояние. Недоверие к состояниям повышенного настроения в связи с их искусственностью, нетипичностью и кратковременностью.

• Тихая, незаметная манера поведения, стремление не обозначать себя громкими звуками во время сексуальной активности, смеха, плача, разговора. Стремление управлять своим голосом. Такие лица говорят настолько тихо, что их трудно услышать.

• Наличие чувства раздвоения и мира фантазий, в котором они выступают в другой роли. Перенос в реальный мир другой идентичности. Наличие других паттернов поведения, например, во время отпуска в незнакомой обстановке.

В современной литературе есть указания на то, что лицам, имеющим в детстве инцестные проблемы, свойственны нарушения идентичности. В последнее время некоторые авторы, стараясь увеличить число таких лиц, начали относить к этой категории феномены, связанные с овладением. При рассмотрении подобных явлений следует учитывать, что в рамках других культур, например, в Африке, овладение возникает у многих людей, считается обычным, тривиальным явлением, носящим кратковременный характер и проходящим само по себе или излечивающимся шаманом. Поскольку при овладении у человека проявляются паттерны поведения, не типичные для него раньше, есть попытки объединять эти феномены. Литлвуд (Англия), написавший книгу о множественных личностях, обратил внимание на то, что в истории жизни этих людей есть указания на наличие психологической травмы. Говоря о том, что лица с диагнозом "множественная личность" встречаются в Европе и Соединенном Королевстве, он описывает случаи, связанные с колдовством и овладением, требующие специального анализа. Таким образом, феномен овладения не всегда свидетельствует о злокачественном процессе, он может выступать как временное явление, которому свойственны нарушения идентичности.

Проводимая специалистами коррекция сексуальных ад-дикций должна идти в следующих направлениях:

1. осознание аддиктом существа содержания его проблемы;

2. анализ источников проблемы и участия в ней людей, с которыми аддикт наиболее связан;

3. объяснение характера содержания созависимости, включающей анализ скрытых эмоций вины, стыда, униженности. Анализ стратегии созависимости (контроля, защиты и конкуренции);

4. осознание того, что ситуация, в которую попал аддикт, не является исключительной и что он всегда может рассчитывать на помощь;

5. эмоциональный тренинг, умение отличать интимность эмоций от их количественного выражения;

6. обучение аддикта умению анализировать прошлое и налаживать неформальные

межличностные контакты с пониманием того, что он может получить настоящую эмоциональную поддержку у определенных людей.

Работоголизм

Современный работоголизм неразрывно связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых работают работоголики. Проблема работоголизма выходит как на аддиктивность общества, так и аддиктивность отдельных организаций, существующих в социальных системах. Под системой понимается единица, включающая свойственное ей определенное содержание, а также определенные роли, идеи и процессы. Система предполагает определенную законченность и отграниченность. Целая система всегда больше суммы отдельных ее частей. Каждая система имеет определенные традиции, неписанные нормы и ожидания, сбывающиеся в ее рамках в той или иной степени. Длительность существования системы превышает длительность активностей людей, связанных с входом и выходом из системы. Она находится в контакте с другими системами, используя поступающую от них информацию. Этот информационный обмен зависит от закрытости или открытости системы.

В закрытой системе новая информация не может быть обработана внутри существующей в этой системе парадигмы, она не разрешается, не распознается или признается несущественной.

Открытая система воспринимает новую информацию, проявляя гибкость, являющуюся одной из ее характеристик. Этот вид системы открыт для новой информации, необходимой для изменений, в отличие от закрытой системы, которая либо изменяется в незначительной степени, либо находится в статическом, застойном состоянии.

Все системы требуют от людей, участвующих в ней, определенного поведения, соответствующего структуре системы, которая награждает человека в случае совпадения его поведения с принятыми в системе нормами.

Аддиктивные системы являются закрытыми. Для человека, находящегося в них, существует небольшой спектр выбора поведения и ролей. Система ограничивает способность к мышлению и восприятию многих явлений в направлениях, не соответствующих ее концепции. Аддиктивная система стимулирует аддиктивные поведения, "приглашая" человека вступить в процесс аддикции, в данном случае работогольной, и навязывает аддиктивные способы мышления. Аддиктивная система по сути дела функционирует как индивидуальный аддикт. Иными словами, аддиктивной системе присущи основные характеристики отдельного человека-аддикта, а он, в свою очередь, имеет характеристики аддиктивной системы. Если человек живет в условиях аддиктивной системы, он становится носителем характеристик этой системы, что накладывает на него серьезный отпечаток.

Характеристики аддиктивной системы могут быть рассмотрены с разных позиций, например:

1. Проблема возникает тогда, когда ключевое лицо в организации является аддиктом. Его аддиктивное поведение оказывает влияние на деятельность всей организации как системы и на людей, работающих в этой организации. Аддикт привносит в систему определенный,

свойственный ему стиль поведения.

2. В организации могут работать как различные аддикты, например, алкогольные, нехимические и пр., так и созависимые сотрудники, живущие в дисфункциональных семьях. Они привносят в организацию свойственные их семьям реплицированные дисфункциональные семейные системы. Таким образом, проблемы, не разрешенные на одном уровне, возникают и проявляются на другом уровне, на уровне производственных отношений. И аддикты и созависимые лица делают прежде всего то, что они умеют делать лучше всего, то есть проявлять свои аддиктивные качества.

3. Организация сама по себе может функционировать как аддиктивная субстанция. Этот процесс может проявляться в постановке цели и месте, которое организация занимает в жизни каждого из сотрудников, например, в отношении к работоголизму, как к социально приемлемому и приветствуемому феномену. Таким образом, работоголизм выглядит в рамках этой системы продуктивным и желательным.

Аддиктивные организации имеют тенденцию повторять одни и те же проблемы, вместо того, чтобы их каким-то образом решать.

Аддиктивные характеристики организации проявляются в разных сферах, в способах коммуникации, изоляции, нечестности, отрицании, эгоцентричное™, дуализме, грандиозности, проекции, подавленности чувств и стремлении к контролю. Таким образом, аддиктивная система в своей деятельности проявляет те же характеристики, что и конкретный индивидуум с той или иной формой аддиктивного поведения.

У индивидуального аддикта имеются свои способы психологической защиты, эти способы есть и у аддиктивной организации. Например, механизм отрицания, поддерживающий существование закрытой системы. Индивидуальный аддикт, использующий отрицание, заявляет, что у него нет проблемы, что она искусственно придумана, а поэтому ее и не надо рассматривать. В аддиктивных организациях отрицание может выражаться по-разному. Это может быть полное или частичное отрицание проблемы, при котором, например, высказывается мнение типа: "Да, у нас есть отдельные недостатки, но в целом все обстоит хорошо". Использование отрицания не дает возможности разобраться в происходящем и что-либо изменить.

Эгоцентризм, свойственный аддикту и аддиктивной системе, заключается в том, что как аддикт, так и система ставят свои интересы во главу угла. Все происходящее рассматривается только в плане узких интересов данной организации.

Для аддиктивной системы характерна спутанность. Например, в рамках наркоманической или алкогольной семьи спутанность проявляется следующим образом. Каждый из членов семьи пытается выяснить суть происходящего и стремится контролировать поведение аддикта. Такое поведение членов семьи провоцирует возникновение конфликтов, приводящих к общей спутанности, что позволяет аддикту уходить от ответственности и обвинять других.

В некоторых организациях спутанность является своего рода нормой. Эти организации характеризуются тем, что они постоянно находятся в предкризисном или кризисном состоянии.

Ключевым аспектом поведения аддиктов является нечестность, проявляющаяся в частых обманах и сокрытии фактов аддиктивного поведения. Shaeff обращает внимание на три уровня обмана, использующегося аддиктами:

1. Аддикты обманывают сами себя. Целью этого обмана является прерывание контакта со своими чувствами, осознанием происходящего, со своими настоящими потребностями.

2. Аддикты обманывают окружающих членов семьи, коллег, провоцируя нечестность внутри семейной и рабочей системы.

3. Аддикты обманывают "мир в целом", стараясь произвести ложное впечатление на окружающих.

Эти компоненты в той или иной степени могут быть найдены в деятельности конкретных организаций. Например, знакомящиеся с рекламой понимают, что в 90% случаев представленная в ней информация не соответствует действительности.

Перфекционизм, свойственный как индивидуальным аддиктам, так и аддиктивной системе, выражается в стремлении быть первым, совершенным во всем и не делать ошибок. Это не стремление сделать продукт высокого качества, это — погоня за совершенством, находящая свое выражение в желании получить всего как можно больше. Такая установка напоминает поведение аддикта, стремящегося получить от аддиктивной субстанции все больше удовольствия, возбуждения, интенсивности переживаний, чего ему всегда не хватает. Модель на уровне организации строится на количественной ментальности, проявляющейся стремлением измерять явления, измерить которые трудно, невозможно или нецелесообразно. Например, придание значения количественной, а не качественной стороне при выпуске ненужной продукции.

Иллюзия контроля, свойственная аддиктивной системе, аналогична стратегии контроля в семье. Стремление контролировать аддикта, как известно, не дает положительных результатов. Аддиктивная система исходит из убежденности, что контролировать возможно все. Это приводит, например, к бесконечным проверкам сотрудников, недоверию, постоянному совершенствованию контролирующих структур.

Эксплуатация обещаний, использующаяся в работе аддиктивных систем, выражается в желании "вывести" человека из настоящего состояния и фиксировать его на ожиданиях, обеспечив ему "лучезарную" проекцию будущего. Именно такую задачу ставят перед собой аддикты, собирающиеся начать "новую жизнь" со следующего понедельника или нового года. Организация старается исключить контакт с настоящей реальностью, стимулируя жизнь в ожиданиях. Постоянная фокусировка на будущем приводит к нарастанию внутреннего дискомфорта, обеспечивая лишь временное облегчение.

Одной из характеристик аддиктивной системы является стремление занять время человека, чтобы он не думал и не стремился разобраться в происходящем и в себе. С этой целью используются дополнительные формы непосредственно не связанной с производственным процессом активности (совместное проведение времени, общественная работа и др.).

Акцентуация внешней референтности, стремление показать себя с хорошей стороны,

произвести положительное впечатление также характерны для аддиктивной системы.

Для аддиктивной системы характерна тенденция всячески ограничивать реализацию способностей, таланта сотрудников. Это связано со страхом всего, что нельзя полностью контролировать. В результате создаются условия для застоя, задержки развития.

Аддиктивные организации объективно инвалидизируют людей, задерживая их профессиональное развитие. Аддиктивная организация игнорирует открытия, интуицию, новые идеи. То, что трудно измерить и проконтролировать, оценивается как не представляющее интереса.

Для аддиктивной организации характерна фабрикация личностных конфликтов, при которой возникающие проблемы переводятся в другую плоскость с использованием в качестве механизма психологической защиты перемещения. Возникающие проблемы трактуются примерно так: "Все не так, как хотелось бы потому, что кто-то мешает, создавая конфликтные ситуации".

Максимализм или дуалистическое мышление является еще одним признаком аддиктивной системы и позволяет упрощать многие явления, используя законы линейной формальной логики. Упрощение заключается в том, что сложный мир представляется в виде двух выборов "хорошо — плохо". Такой способ мышления создает ложное чувство стабильности. Считается, что все возможные действия могут осуществляться только в рамках действия этих альтернатив, а третьего не дано. Нередко при таком способе дуалистического подхода ни один из выборов для человека не может быть приемлем, но ригидность дуализма мешает созданию нового выбора. Происходит движение человека только между этими двумя "плоскостями", что отнюдь не способствует его ориентации на собственные возможности и внутренние процессы с использованием своего подсознания. Духовности в жизни такой организации практически нет места.

Аддиктивные организации непосредственно стимулируют работоголизм, поощряют постоянную занятость людей в рамках организации, даже если она не касается работы. Аддиктивность организации препятствует необходимым для нее изменениям. Существует формула: чем более аддиктивна организация, тем менее она успешна. Аддиктивные организации неконкурентоспособны. В "забеге" на длинную дистанцию они терпят поражение, поэтому сегодняшние исследования специалистов отражают тревогу, возникающую в различных обществах и касающуюся этого фактора (Shaeff). Необходима стимуляция, способствующая созданию новых систем, так как аддиктивные подходы обрекают организацию на отставание. Возникает необходимость разработки характеристик новых организаций. Существует мнение, согласно которому миссия организации должна соответствовать ее структуре, меняющейся вместе с изменением цели.

В организациях нового типа акцент делается на самоответственность, ответственность каждого за осуществление мультинаправленной, мультивариабельной коммуникации, на создание в организации команды сотрудников, действующей интегрирование для достижения определенной цепи. Не должно быть фиксации на одном лидере. Выдвигается положение о целесообразности ситуационного лидерства. Придается значение морали, обеспечивающей

другое отношение к работе. Подчеркивается, что процесс изменения должен быть постоянным. Девизом организации нового типа является уничтожение ригидности и максимальность инициативы. Сотрудников настраивают таким образом, чтобы они чувствовали разницу между днем вчерашним и сегодняшним. Придается особое значение уважению к каждому индивидууму, проявляющему себя в рамках организации нового типа, что является важным фактом, способствующим формированию чувства доверия. Такая мораль формирует сплоченность и интегральность подходов. Подчеркивается необходимость использования и уважения компетентности всех членов организации, исключения препятствий для проявления их компетентности. Работающие в новых организациях посещают курсы ассертивного поведения. В современных организациях нового типа, по сравнению с аддиктивными системами, индивидууму доверяют в гораздо большей степени.

Несмотря на то, что работа Toffler (1970) "Шок будущего" несколько устарела, в ней рассматриваются вышеперечисленные проблемы, получившие дальнейшее развитие в последних работах автора. Автор подчеркивает, что в современных обществах произошел исторический сдвиг, имеющий прямое отношение к тому, как относиться к изменениям. В недавнем прошлом изменение не считалось нормальным явлением и представлялось как кризисное состояние, во время которого люди вынуждены делать что-то по-другому. Но за кризисом следовал период стабильности, сменяющийся, в свою очередь, новым кризисом и т. д. Целью такой последовательности событий являлось стремление системы вернуть "все на круги своя", ведущее к стабильности и уверенности. Характерные для современных условий инновации являются реальностью жизни. Нарастание информации в единицу времени носит чрезвычайно выраженный характер. Стремление многих осуществлять свою деятельность в рамках старых стереотипов поведения способствует задержке прогресса. Инновации нарастают и становятся все более несовместимыми с работоголизмом. Процессы, свойственные новым системам, осуществляются с использованием творческого потенциала сотрудников. Имеющийся опыт свидетельствует, что организации, работающие в таком режиме, достигают потрясающих успехов.

Цель работоголизма, направленная на работу как на средство ухода от проблемы, коварна, так как она не замечается человеком, легко убеждающим себя в том, что он работает для зарабатывания денег или для реализации какой-то другой абстрактной цели. Такая психологическая защита, к сожалению, акцептируется многими членами общества. Человек не понимает, что такой способ "затрачивания" себя приводит к остановке развития, к неиспользованию потенциальных возможностей, что является тупиковым и губительным. Оказавшись вне работы по причине болезни или потери работы, работоголная аддикция заменяется другой, чаще всего химической аддикцией. Работоголик оказывает влияние на других членов семьи, не получающих от него эмоциональной поддержки. Члены семьи или видят в нем модель, которой могут следовать, или модель, которая вызывает у них реакцию протеста, проявляющуюся в рамках аддиктивной системы в том, что члены семьи могут пойти по более деструктивному пути с развитием химических аддикций. В ряде исследований подчеркивается, что, казалось бы, в благополучных работоголных семьях, занятых работой, поощряемой обществом, часть следующей генерации становится химическими аддиктами или уходит в другие формы аддиктивного поведения.

В странах, уделяющих пристальное внимание изучению работоголизма, таких, как Япония, США и Канада, используются полуструктурированные интервью для выявления работоголизма. Одним из таких интервью является вопросник, предложенный Б. Киллинджер, фиксирующий внимание на следующих вопросах:

1. Важна ли для вас ваша работа?

2. Нравится ли вам делать вещи совершенно безукоризненно?

3. Свойственен ли вам дуализм во взглядах, видите ли вы все в черном или белом цвете без промежутков?

4. Стремитесь ли вы к конкуренции и важна ли для вас победа в ней?

5. Важно ли для вас всегда быть правым?

6. Критичны ли вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?

7. Боитесь ли вы все время поражения?

8. Беспокойны ли вы, импульсивны ли?

9. Часто ли вам становится скучно?

10. Загоняете ли вы себя до истощения?

11. Возникают ли у вас периодически состояния, во время которых вы чувствуете себя чрезвычайно усталым?

12. Появляется ли у вас чувство вины при появлении у вас дискомфорта?

13. Считаете ли вы себя необычным или отличающимся от других?

14. Читаете ли вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?

15. Составляете ли вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?

16. Обнаруживаете ли вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?

17. Часто ли вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?

18. Контактируете ли вы с работой во время отдыха?

19. Относитесь ли вы к работе как к игре и выходите из себя, если вы играете плохо?

20. Избегаете ли вы думать о том, что вы будете делать, когда вы не будете работать?

21. Вы ответственны на работе, но безответственны в делах личного характера.

22. Стараетесь ли вы избежать конфликта вместо того, чтобы его разрешить?

23. Характерны ли для вас импульсивные действия и вы не обращаете внимание на то, как они повлияют на других людей?

24. Вы боитесь критики, но сами любите осуждать и критиковать.

25. Вы заметили, что у вас ухудшилась память на то, о чем вам говорили другие.

26. Становитесь ли вы "вне себя", если все идет не так, как вы запланировали?

27. Если вас прерывают во время решения вами производственных проблем в домашних условиях, вызывает ли это у вас резкое раздражение?

28. Создаете ли вы безвыходные ситуации для себя и для других?

29. Сконцентрированы ли вы на событиях будущего, вместо того, чтобы радоваться настоящему?

30. Не забываете ли вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Ответ на каждый вопрос отмечается плюсом или минусом. Если количество положительных ответов превышает 2/3, речь идет о наличии у человека работоголизма.

Аддикции к ЕДЕ

Переедание

Промежуточным звеном между нехимическими и химическими аддикциями являются аддикции к еде, имеющие две формы — переедание и голодание. Первая форма более распространена. Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от неустраивающей его субъективной реальности. В момент раздражения, неудовлетворенности, неудачи и скуки возникает стремление "заесть" неприятность, используя для этого процесс еды. И это часто удается сделать, так как во время приема пищи происходит фиксация на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание материала, имеющего психологически неприятное содержание. При этом возможно появление стремления затянуть процесс еды во времени, посредством медленного употребления пищи, либо использованием большего количества еды. Такой способ ухода от реальности может оказаться достаточно эффективным способом контроля своего настроения, провоцируя, таким образом, быстрое формирование зависимости.

Аддикция к еде — особый способ зависимости. С одной стороны — это психологическая зависимость, а с другой — происходит "игра" на удовлетворении голода. По мере того, как еда начинает использоваться уже не как средство утоления голода, а как средство психологического ухода от проблем, происходит определенное влияние на драйв удовлетворения голода с искусственным его стимулированием. Этот процесс носит психофизиологический характер, потому что переедающий человек входит в зону другого обменного баланса. Постоянная "эксплуатация" драйва удовлетворения голода приводит к тому, что механизмы, участвующие в его активации, начинают "включаться" тогда, когда это не нужно организму, когда человек не голодает и более того — когда пища ему вредит. Драйв удовлетворения голода начинает активизироваться сразу же при снижении содержания глюкозы в крови, наступающем после очередного приема пищи.

Таким образом, процесс осложняется тем, что на каком-то этапе переедания наряду с психологическими механизмами использования еды как средства ухода начинают

реализовываться физиологические механизмы, связанные с усилением этого драйва, и человек начинает стремиться к еде и потому, что ему хочется есть. Для того чтобы избежать приема пищи, ему необходимо справиться с этим чувством, подавить его, так как оно возникает тогда, когда это вовсе не необходимо организму. Это приводит к тому, что человек начинает есть слишком много и слишком часто. Если процесс аддикции "запущен", он "раскручивается" все с большей силой. На каком-то этапе человеку становится стыдно за свое поведение и он начинает скрывать проблему от окружающих. Он начинает есть в одиночку, в промежутках между любыми активностями. У него, может возникать стремление не выбивать чек у одного и того же кассира в супермаркете, чтобы никто не обратил внимания, как много продуктов он покупает. Все это приводит к опасным для жизни последствиям, приводящим к нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, при которой человек употребляет количество пищи, являющееся опасным для жизни. Такие эксцессы переедания могут привести к "заеданию" себя до гибели.

Голодание

Механизм возникновения голодания может быть объяснен двумя причинами.

Первый вариант медицинский, обусловлен использованием разгрузочной диетотерапии. Разгрузочная диетотерапия применялась у пациентов с очень разными нарушениями.

Фаза вхождения в зону голода характеризуется трудностью, связанной с необходимостью справиться с аппетитом. Через какое-то время происходит изменение состояния, появляются новые силы, аппетит исчезает (в прежнем смысле этого слова), повышается настроение, усиливается двигательная активность, голод переносится легко, невротические нарушения либо теряют свою актуальность, либо исчезают. Такое состояние выдерживается в течение определенного времени, и постепенно человек выводится из него. Некоторые пациенты стремятся продолжить это состояние, так как оно их устраивает, ибо происходящее субъективно им нравится. В сознании людей, прошедших разгрузочную диетотерапию, остаются воспоминания. После прошествия некоторого количества времени их состояние, как правило, ухудшается, нарушения появляются снова, поэтому возникает идея самостоятельного повторения голодания еще раз. Повторное голодание редко повторяется в условиях больницы, он осуществляется самостоятельно. Человек, знающий схему, ошибочно полагает, что сможет справиться с ситуацией сам. За такой привлекательностью стоит опасность. На уровне достигнутой эйфории происходит потеря контроля и человек продолжает голодать даже тогда, когда голодание становится опасным для жизни. У него появляется гиперактивность и ощущение невесомости, но теряется критика к оценке своего состояния.

Помимо медицинского варианта голодания существует и немедицинский вариант. Этим вариантом начинают пристально интересоваться в связи с учащением такого рода голодания в странах с высоким уровнем жизни. Голодание обычно регистрируется у девочек-подростков, воспитывающихся в достаточно обеспеченных и внешне благополучных семьях. Голодание начинается с ограничения количества принимаемой пищи, нередко придумывается специальная схема. Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание, является желание

изменить себя физически, выглядеть "лучше", в соответствии с рекламируемым в средствах массовой информации имиджем.

Другой механизм, "запускающий" голодание и имеющий большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и возникновении чувства самоудовлетворенности и гордости от ее выполнения.

Голодание может отражать перфекционизм, проявляющийся в постановке и решении все более трудных задач. В этом смысле голодание можно сравнить со стремлением к спортивному достижению. Такие девочки все в большей степени ограничивают себя в еде, теряют вес, часто взвешивают себя, каждый достигнутый ими результат снижения веса является предметом особой гордости. Эта схема очень опасна, так как она может приводить к трагическим последствиям. На каком-то этапе процесса происходит потеря контроля, девочка уже не осознает, что происходит.

Вскоре появляются признаки физического истощения. Попытки окружающих предотвратить происходящее ни к чему не приводят. Наступает полный разрыв с реальностью. Девочки живут в воображаемом мире. У них возникает отвращение к еде, выраженное в такой степени, что жевательную резинку, зубную пасту, попавшую в рот во время чистки зубов, и выделяемую слюну они считают достаточным для себя количеством еды.

химические АДДИКЦИИ

Химические аддикции связаны с использованием в качестве аддиктивных агентов различных веществ, изменяющих психическое состояние. Многие из этих веществ токсичны и вызывают органические поражения. Некоторые вещества, изменяющие психическое состояние, включаются в обмен и вызывают явления физической зависимости.

Среди химических аддикции лучше всего изучена алкогольная аддикция Хотя парадоксальность ситуации заключается в том, что термин "изучена" в данном случае не совсем верен, так как касается в основном токсического воздействия алкоголя на организм. Игнорирование аддиктивного звена процесса не дает ответа на вопрос, почему люди злоупотребляют алкоголем.

В существующих на сегодняшний день медицинских руководствах практически отсутствуют материалы, касающиеся такой проблемы, как психологическая зависимость от алкоголя. В рамках биомедицинской парадигмы говорится о мозговых нарушениях, поражениях печени, эндокринных, желудочно-кишечных и других нарушениях, приводятся некоторые признаки физической зависимости. Такое изложение материала способствует созданию ложного впечатления о том, что все злоупотребляющие алкоголем должны иметь этот комплекс расстройств или хотя бы большую его часть.

В алкогольной аддикции, так же, как и в других, необходимо выделять психологическую зависимость от алкоголя. Психологическая зависимость от алкоголя строится на фиксации ощущения, что алкоголь вызывает желаемый эффект. Эффекты употребления алкоголя многосторонни, а их выделение носит упрощенный и условный характер. Наряду с

универсальностью каждого эффекта люди отличаются друг от друга изначально разным стремлением к достижению определенного эффекта, например, к более дифференцированному, "утонченному" эффекту. Но чем более дифференцирован эффект, тем в большей степени он связан с употреблением сравнительно небольших доз.

Человек может быть первично ориентирован на использование недифференцированных эффектов алкоголя, эффектов подавления психических функций за счет развития оглушения. Разная первичная ориентированность приводит и к разному развитию аддикции, которая может быть менее или более злокачественной.

Выделяют основные дифференцированные эффекты алкоголя. К ним относится эйфоризирующий эффект, вызывающий повышенное настроение; транквилизирующий (атарактический), способность алкоголя вызывать релакс, кайф-эффект, состояния, сопровождающиеся стимуляцией воображения, уход в сферу мечтаний, отрыв от реальности, отрешенность.

Психологическая зависимость от алкоголя чаще развивается у тех, у кого эти эффекты достаточно представлены. Человек, который помнит эффект от первой встречи с алкоголем, с большей вероятностью попадает в сферу алкогольных проблем. Психологическая зависимость от алкоголя начинается тогда, когда употребление алкоголя во многом теряет символический характер.

Во многих культурах употребление алкоголя носит символический характер. Символический прием алкоголя может не приводить к развитию психологической зависимости, последняя подразумевает особое отношение к алкоголю, проявляющееся в наличии сверхценной идеи в отношении его действия, к которой человек постоянно возвращается как к необходимому компоненту жизни. Важно, что человек думает об алкоголе как о средстве, с помощью которого он может контролировать свое состояние. Алкогольный аддикт может временно не употреблять алкоголь, но если это воздержание дается ему как результат борьбы с желанием выпить, наличие психологической зависимости не вызывает сомнений.

Алкоголь способен вызвать не только психологическую, но и физическую зависимость, становясь компонентом обмена. В организме присутствует эндогенный алкоголь как продукт обмена независимо от того, употребляет человек алкоголь или нет. Концентрации эндогенного алкоголя достаточно низки. Наличие эндогенного алкоголя, очевидно, имеет значение в развитии физической зависимости, которая очень индивидуальна. У разных людей она развивается по-разному, что связано с их биологическими особенностями. Существуют лица, генетически более или менее предрасположенные к развитию физической зависимости от алкоголя. Изучение транскультурального аспекта этой проблемы показывает, что, несмотря на то, что в ряде групп населения резко представлена способность к развитию физической зависимости, на скорость развития этой зависимости влияет и ряд других факторов. Так, исследования, проведенные Короленко на Крайнем Севере, показали, что физическая зависимость быстрее развивается у людей, приехавших на Север из более нижних широт. Таким образом, существует комплекс внешних условий, предрасполагающих к развитию физической зависимости, в число которых входят такие факторы, как смена привычного стереотипа, отрыв от семьи, от лиц, осуществляющих контроль и пользующихся авторитетом,

частичная сенсорная депривация, климато-метеорологические экстремальные факторы.

В развитии зависимости имеет значение особенность употребления алкоголя, стили употребления, способствующие более быстрому формированию зависимости. Имеется в виду употребление уже в начале больших доз алкоголя, превышающих его переносимость. Физическая зависимость имеет следующие признаки:

1.потеря контроля;

2. неудержимое (биологическое) влечение, подчеркивающее влияние драйва, не имеющее психологического содержания;

3. симптомы отнятия;

4. невозможность воздержаться от приема алкоголя.

Какие-то из перечисленных признаков могут сочетаться друг с другом, например, потеря контроля и признаки отнятия, или невозможность воздержаться и признаки отнятия, или выступать самостоятельно, например, признаки отнятия. Комбинации могут быть и другими. Некоторые признаки не могут существовать один без другого, например, потеря контроля и неудержимое влечение.

Признаки физической зависимости могут быть незаметными для человека, у которого они формируются. Например, невозможность воздержаться в сочетании с признаками отнятия.

В каких-то случаях явления физической зависимости частично осознаются, а частично игнорируются, например, один из вариантов потери контроля и неудержимое влечение. Характер признаков физической зависимости определяет дальнейшее течение и подходы к коррекции аддиктивного процесса.

1. Потеря контроля, описанная Jellinek (1962), характеризуется тем, что с человеком происходит нечто, делающее невозможным "обычное", прежнее употребление алкоголя. Если раньше до потери контроля существовала ориентация на определенный алкогольный эффект и возможность прогнозировать на время употребления развитие приятных для человека переживаний, то при потере контроля возникают отрицательные последствия приема, к которым приводит прием любой начальной дозы алкоголя. Иными словами, после приема первой дозы возникает неудержимое влечение к приему следующих доз, и этот процесс продолжается до развития тяжелого опьянения с нарушением сознания.

При потере контроля происходит изменение обмена алкоголя в организме, сопровождающееся быстрым нарастанием содержания алкоголя в крови с последующим быстрым его снижением. Алкогольное "плато" не устанавливается. Очевидно, во время быстрого снижения алкоголя возникает комплекс неприятных признаков, провоцирующих употребление следующей дозы.

2. Неудержимое влечение появляется внезапно, без всякой связи с приемом алкоголя. Может появиться через большое количество времени после последнего приема алкоголя, например, через год. Желание настолько представлено, что человек пойдет на все, чтобы выпить. Последствия такого приема аналогичны последствиям, характерным для потери контроля, поскольку этот признак при этом присутствует.

3. Признаки отнятия возникают при снижении содержания алкоголя в крови через несколько часов после выпивки. Возникает общее плохое состояние, сопровождающееся болями в различных частях тела, головной болью, тошнотой, отвращением к еде, усиленной жаждой, повышенной возбудимостью, нарушением координации тонких движений, тремором пальцев рук. Возможно ощущение физической слабости, ускоренное сердцебиение, потливость. Эти симптомы сочетаются с желанием снять это состояние алкоголем, что удается сделать при условии отсутствия признаков потери контроля. С появлением потери контроля снять это состояние невозможно, так как прием даже малой дозы провоцирует алкогольный эксцесс.

4. Признак невозможности воздержаться от приема характеризуется тем, что употребляя сравнительно небольшие дозы, не вызывающие выраженных явлений опьянения, человек поддерживает постоянно повышенную концентрацию алкоголя в организме, употребляя его несколько раз в день. Как правило, наибольшая доза употребляется вечером. Если такая ситуация продолжается долго, развиваются явления отнятия, которые могут быть долго незаметны, поскольку человек продолжает употреблять алкоголь.

Физическая зависимость развивается на фоне ранее сформированной психологической зависимости. Проявления психологической зависимости продолжают присутствовать при возникновении физической зависимости, во многом определяя мотивации повторного употребление алкоголя, при которых в промежутках между выпивками человек стремится выпить снова, несмотря на опыт отрицательных переживаний, связанных с физической зависимостью.

Классификации алкогольных аддикций

Предложенная Короленко и Диковским (1972) классификация выделяет формы алкоголизма на основании особенностей психической и физической зависимости от алкоголя. В этой классификации алкоголизм рассматривается как одна из форм аддиктивного поведения. Классификация является дальнейшим развитием классификации Jellinek (1962) и Банщикова, Короленко (1968). Принципиально важным отличием от классификации Jellinek является выделение новых форм с психологической (йота, эта) и физической (дзета) зависимостью, а также исключение бета-формы алкоголизма, которую Jellinek выделял на основе поражений алкоголем различных органов и систем. Бета-форма исключена, так как она отражает уже не аддиктивную, а биологическую (повреждающую) функцию алкоголя, что может иметь место при разных формах алкоголизма или даже при случайных отравлениях алкоголем и имеет поэтому отношение не к форме, а к стадии алкоголизма.

Развитие алкогольного аддиктивного поведения ускоряется под влиянием норм и правил "алкогольной субкультуры", ядро которой составляют лица с выраженным алкогольным аддиктивным поведением, с явлениями психологической и физической зависимости от алкоголя.

В процессе развития алкогольного аддиктивного поведения представляется возможным выделить аддиктивные мотивации, ведущие часто к развитию определенной формы алкоголизма. Короленко и Донских (1990) приводят описание основных аддиктивных

мотиваций, наблюдающихся при развитии алкогольного аддиктивного поведения.

1. Атарактическая мотивация. Содержание атарактической мотивации заключается в стремлении к приему алкоголя с целью смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения.

2. Субмиссивная мотивация. Содержанием мотивации является неспособность отказаться от предлагаемого кем-нибудь приема алкоголя. При этом выдвигаются различные оправдательные причины, как, например, "неудобно", "не хочу обидеть хороших людей" и др. Мотивация отражает выраженную тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих.

3 Гедонистическая мотивация. Алкоголь употребляется для повышения настроения, кайф-эффекта, получения удовольствия в широком смысле этого слова.

4. Мотивация с гиперактивацией поведения. Алкоголь потребляется для того, чтобы вызвать состояние возбуждения, активизировать себя. Притягательным свойством алкоголя является возникновения субъективного состояния повышенного тонуса, сочетающееся с повышенной самооценкой.

5. Псевдокультурная мотивация. В случаях псевдокультурной мотивации, как правило, большое значение придается атрибутивным свойствам алкоголя. Характерны стремление к демонстративности, желание показать "изысканный вкус", произвести впечатление на окружающих редкими и дорогостоящими алкогольными напитками. Эта мотивация обычно сочетается с другими аддиктивными мотивациями и связана со стремлением компенсировать комплекс неполноценности.

Как мы уже ранее указывали, содержание аддиктивных мотиваций может определять развитие разных форм алкоголизма.

Выделяют формы алкогольной аддикции с явлением психологической и физической зависимости.

К формам с психологической зависимостью относятся формы альфа, йота и эта. Гамма, дзета и дельта формы относятся к формам с физической зависимостью.

Альфа-форма. Характеризуется ориентацией на фармакологическое, транквилизирующее действие алкоголя, который употребляется для снятия эмоционального напряжения, для отвлечения от неприятностей, ухода из фрустрационных ситуаций, снятия эмоциональной боли. Все эти состояния, снимаемые алкоголем, не достигают выраженности, позволяющей оценивать их как проявление болезни. Они присутствуют в жизни каждого человека. Это бытовые проблемы, конфликты, недоразумения, неудачи. Особенность заключается в том, что все эти состояния не решаются, а временно снимаются алкоголем.

Йота-форма напоминает альфа-форму в снятии напряжения алкоголем, но в отличие от альфа-формы здесь алкоголь снимает выраженные болезненные проявления. У человека вне ситуации приема алкоголя, присутствуют проблемы, требующие специальной коррекции и снимаемые алкоголем, например, фобии, сексуальные расстройства, приступы страха смерти. Людей с такой формой значительно меньше, чем с альфа-формой.

Эта-форма относится к комплексной аддикции, состоящей из двух частей — алкогольной и неалкогольной. Алкогольная часть аддикции во многом находится в подсознании, из сознания она вытеснена и чаще всего не учитывается. Поэтому эту форму аддикции можно считать замаскированной.

Неалкогольная часть аддикции заключается в том, что здесь выступает особая аддикция отношений со стремлением проводить время в компаниях. Отношения реализовываются в *группе* приятных друг другу людей, которым нравится проводить время вместе. В рамках этих общих интересов формируется сообщество, собирающееся в фиксированных местах для совместного проведения времени. Такой способ времяпрепровождения становится доминирующим и оценивается как, может быть, самое важное в жизни. Ему предпочитаются многие другие вещи. Межличностные контакты в такого рода обществах предполагают обсуждения, разговоры и обмен информацией, представляющей совместный интерес. Участники таких компаний умеют создать психологический климат, устраивающий всех. Именно поэтому к нему возникает большое стремление.

Алкогольная часть открыто не демонстрируется, а как бы подразумевается. Психологическая обстановка в таких компаниях во многом связана с действием алкоголя, облегчающего взаимодействие ее членов за счет растормаживающего эффекта, снятия запретов и ухода от контроля superego. Употребляются дозы алкоголя, не вызывающие состояния глубокого опьянения. Процесс употребления растянут во времени. Такая структура существует очень долго, иногда многие годы, фактически превращаясь в форму зависимости для людей, участвующих в компании. Таким образом создаются "оранжерейные" условия для незаметного развития в последующем признаков физической зависимости прежде всего у лиц, более подверженных этому процессу.

Гамма-форма характеризуется потерей контроля, существенно изменяющей дальнейшее течение аддикции. Использование алкоголя для получения релакса, удовлетворения прежних мотиваций становится невозможным. Прием начальной дозы ведет к возникновению непреодолимого практически желания продолжать выпивку с минимальными интервалами между приемами до развития глубокого опьянения. При развитии потери контроля участие в прежних компаниях становится невозможным. Вначале по механизмам психологической защиты кажется, что все происходящее носит случайный характер и связано с тем, что "не выспался", "был расстроен" и пр. Постепенно становится ясно, что дело не в этом, но признать истинную суть явления не хочется. Такие люди пытаются экспериментировать с алкоголем в одиночку, желая задержать выпивку на какой-то дозе. Периодически в связи с алкогольными эксцессами они исчезают на некоторое время, при появлении стараются объяснить причины своего отсутствия каким-либо благовидным предлогом. Со временем периоды отсутствия на работе учащаются.

Существуют предвестники появления потери контроля, к которым относятся (Драгун, 1990):

1. Обрушивание дозы, проявляющееся в том, что перед появлением потери контроля возникает чувство, что алкоголь перестал действовать. Прием сравнительно больших доз алкоголя не вызывает признаков, а затем после приема очередной дозы сразу возникает

состояние глубокого опьянения. Характерно амбивалентное отношение к этому явлению: свидетельство "крепкого" здоровья, позволяющего переносить большую дозу алкоголя, и в то же время настороженность, что что-то не так.

2. Алкогольные выпадения, проявляющиеся в том, что после приема средней дозы алкоголя, которая не вызвала глубокого опьянения, на следующий день выявляется амнезия существенного отрезка событий, имеющих место во время выпивки. Такие люди понимают, что это связано не с передозировкой, а с чем-то другим. У них возникает страх, связанный с возможностью совершения ими "неподходящих", дискредитирующих их действий во время выпивки. При этом феномене страдает короткая, но сохраняется немедленная память. Человек ведет себя адекватно, но через одну-две минуты забывает о происшедшем.

Дзета-форма напоминает гамма-форму, но отличается от нее тем, что потеря контроля при этой форме возникает не после приема первой дозы алкоголя, а на уровне средней степени алкогольного опьянения. В отличие от гамма-формы здесь существует "поле маневров" в каких-то пределах. Появившиеся на следующий день симптомы отнятия снимаются приемом небольших доз алкоголя.

Дельта-форма характеризуется невозможностью воздержаться, при которой человек постоянно употребляет алкоголь в сравнительно небольших дозах. Такое употребление становится привычным, алкоголь принимается как сок, как прохладительный напиток. Проблема возникает при лишении возможности употреблять алкоголь, так как развиваются явления отнятия с присущими им соматическими и психическими расстройствами. Могут развиться и более серьезные психические нарушения вплоть до развития острого алкогольного психоза.

При изучении алкогольных аддикций следует отметить целесообразность учета качества алкоголя. Существуют напитки, содержащие в себе примеси токсических веществ, длительное употребление которых приводит к нарастанию токсического эффекта. При отсутствии монополии на изготовление алкоголя вероятность хронических и острых отравлений токсическими суррогатами алкоголя очень высока.

Пример, подтверждающий достоверность этого факта, касается употребления местных видов алкоголя в Венгрии и в Закарпатской Украине, где принято традиционное изготовление фруктовых водок. Как оказалось, они содержат ряд токсических субстанций, таких, как эфиры, высокомолекулярные спирты, длительное употребление которых приводит к развитию психоорганического синдрома. Исследования, проведенные в Братиславе (Молчан), показывают, что алкогольные психозы, развивающиеся у местных жителей, протекают более длительно, сопровождаются стойкой органической патологией.

Следующий пример касается болезни, описанной на территории послевоенной Италии и характеризующейся развитием неврологического заболевания с летальным исходом, связанного с употреблением особого вида красного вина, изготавливающегося из нового гибридного сорта винограда (болезнь Марчиафава-Биньяни).

Следует отметить также нарастание в последнее время в России летальных исходов острых алкогольных психозов, которые ранее обычно оканчивались благополучно. Это связано с

органическими поражениями, вызванными алкоголем, содержащим токсические субстанции.

Наркомании и токсикомании

Отличие между ними условно. Термин "наркомания" используют по отношению к употреблению веществ, изменяющих психическое состояние, которые зарегистрированы как наркотики, "токсикомания" — при употреблении веществ, в этом качестве не зарегистрированных.

Возникшая в современном обществе тенденция к увеличению нарушений приобретает характер эпидемии. Это явление напрямую связано со злоупотреблением различными веществами прежде всего лицами молодого возраста, к которым относятся дети и подростки. Основной мотивацией употребления веществ является стремление к изменению своего психического состояния.

Анализ с этой точки зрения злоупотребления веществами в прошлом показывает наличие иной ситуации, замыкающейся на вторичном развитии злоупотребления, в связи с тем, что первоначально эти вещества использовались, например, как анальгетики, поскольку эти препараты относятся к производным опия, к которым развивается физическая зависимость. Именно поэтому усилия специалистов направлялись на создание анальгетика, не вызывающего физической зависимости, что, естественно, было ошибочным. Это положение подтверждают производство, например, героина и промедола.

Существуют наркотические вещества, не вызывающие явлений физической зависимости, например марихуана, и поэтому относящиеся к категории мягких наркотиков. Проблема заключается в существующем ранее представлении о том, что в случае отсутствия физической зависимости, факт употребления вещества не следует регистрировать как наркоманию. Это положение чревато рядом опасностей.

Тем не менее, несмотря на отсутствие явлений физической зависимости, вещество может быть очень опасным. К числу таких веществ относится марихуана, вызывающая у ряда людей изменение в мотивационной сфере, фиксируя человека на мире переживаний, создаваемых во время ее курения. Такая фиксация, характерная для аддикций, как выбор пути ухода от реальности, способствует все большему движению человека по этому пути. Человек начинает жить второй жизнью, меняется его характер, установки, системы ценностей. Длительное курение марихуаны создает разный, зависящий от генетической предрасположенности риск возникновения психического заболевания. Опасность заключается и в том, что курение марихуаны способствует развитию аддиктивного поведения вообще и особенно в направлении к употреблению более сильнодействующих наркотических веществ, например, героина.

При употреблении веществ, изменяющих психическое состояние, также можно встретить симптом потери контроля, угрожающий жизни. К нему относится злоупотребление снотворными, например, барбитуратами (люминал, барбамил). Человек, принимающий снотворное и не чувствующий эффекта, может принять дозу, несовместимую с жизнью. Таким образом, симптом потери контроля может быть принят за самоубийство.

Жесткие наркотики могут вызвать физическую зависимость практически у любого человека.

Подводя итог рассмотрению вопроса об аддиктивном поведении, следует отметить, что не вызывает сомнений, что аддиктивное поведение отражает неблагополучие в обществе и имеет социальную, психологическую, педагогическую, юридическую, медицинскую и культуральную стороны. Каждая из этих сторон требует профессионального подхода, знаний в этой области.

Глава 3 ФАНАТИЗМ.

Вопросы, связанные с изучением фанатизма, не получили сколько-нибудь заметного развития в современной психиатрии. Во многих психиатрических изданиях эта тема не обозначается, несмотря на то, что в современных условиях кризисных ситуаций в обществе интерес к изучению фанатизма нарастает.

Существующие на сегодняшний день попытки дать дефиницию фанатизма более или менее удовлетворительны, хотя и требуют дальнейшей конкретизации.

Фанатизм определяется как состояние, связанное с личностной структурой и характеризующееся убежденностью в необходимости фиксации на каком-то суженном содержании или суженных системах ценностей. Убежденность сочетается с высокой степенью идентификации человека с этими явлениями; с интенсивностью переживаний; продолжительностью и настойчивостью, результатом которых является занятие человеком определенной позиции с постоянным пребыванием в ее пределах. При этом он может интенсивно проводить в жизнь свою концепцию. Отмечается неспособность таких людей к компромиссу и диалогу с окружающими. Люди, высказывающие другие взгляды, рассматриваются в качестве врагов, по отношению к которым используются все средства борьбы, что соотносится с собственными убеждениями. Человек с фанатическим поведением осуществляет свои концепции в соответствии с поставленной целью, не обращая внимания на возможные последствия.

Небольшое количество исследований, посвященных этому вопросу, обнаруживает попытки классифицировать проявления фанатизма. Так, например, выделяется "эссенциальный" (первичный, классический, структурный) фанатизм и "индуцированный" (частичный, "инфицированный").

Эссенциальный фанатик представляет собой тип человека, в личностной структуре которого выступает как сущность этой структуры "фанатический элемент". На базе этого трудно вербализуемого элемента развивается первичный драйв, оформляющийся психологическим содержанием в виде идеи, содержание которой может быть различным. Драйву соответствует внутрипсихический мотив, выходящий на уровень глубинного подсознания, который может рассматриваться в плане влияния коллективного бессознательного. Далее происходит развитие психодинамических процессов, разработка концепции, ее интеллектуализация и рационализация. Попытка до конца раскрыть механизм через содержание не удается. Всегда остается нечто неизвестное и нераскрытое.

Индуцированный фанатизм носит более широкую распространенность, эссенциальных фанатиков меньше, чем индуцированных. Индуцированные фанатики рекрутируются чаще всего из незаметных, "обычных" людей, в число которых входят как дезадаптированные в социальном плане лица, так и приспособленные к действительности. Не являясь фанатиками, они позволяют увлечь себя эссенциальным фанатикам. Увлекшись фанатической идеей, в дальнейшем они содействуют ее осуществлению, создавая фанатический потенциал и в свою очередь индуцируя окружающих. Такой феномен носит название снежного кома.

Выделяют массовый и индивидуальный фанатизм, которые не тождественны эссенциальному и индуцированному фанатизму. Например, эссенциальный фанатик может примкнуть к уже имеющемуся и удовлетворяющему его фанатическому движению.

Индивидуальный фанатизм может не реализовываться в массовом. Существуют направленные на себя, "тихие" фанатики, не испытывающие потребности в примыкании к кому-то.

Исследователи, изучающие фанатизм, как правило, обращают внимание лишь на внешние проявления без учета мотивов, способствующих его развитию. В отдельных работах выделяются следующие виды лиц с фанатическими проявлениями:

1. "силовые", идейные, экспансивные фанатики, руководствующиеся определенной идеей;

2. фанатики, которые активно представляют свои личные, собственные интересы;

3. "глухие", расплывчатые фанатики, чаще всего выступающие в группах;

4. конформные, зависимые, "линейные" фанатики;

5. фанатики смешанного типа.

Большее значение имеют классификации фанатиков с акцентом на их когниции и внутренние системы ценностей. Rudin (1975) выделяет следующие категории фанатиков:

1. Формалистические фанатики с формализованной системой ценностей, под которой понимается отсутствие настоящего, внутреннего отношения к конкретной системе ценностей. Например, человек, рьяно выполняющий какие-то распоряжения, с такой же убежденностью может выполнять распоряжения противоположного характера без внутреннего осмысления происходящего. К этой же группе относятся лихорадочные активисты;

2. Формальные фанатики, фиксирующиеся на определенной ценности, по отношению к которой устанавливаются внутренние, психологически обоснованные отношения. Например, фанатики определенного вида искусства, который они считают единственно возможным; фанатики долга; фанатики в социальной области (утописты, кверулянты); фанатики борьбы за справедливость;

3. Фанатики "внутреннего содержания", имеющие внутреннюю приверженность к системе ценностей с настоящим творческим отношением к ней. Например, религиозные реформаторы Лютер, Кальвин, Савонарола.

Существует и другой подход к определению жесткого и мягкого фанатизма вне их соотношения с эссенциальным и инициированным. При жестком фанатизме личность человека

охватывается идеей полностью, проявляясь во всех сферах его деятельности: в контактах; в личных интересах; в способах получения удовольствия; в выборе аффективной, социально насыщенной доминанты; в способах проведения свободного времени. При мягком фанатизме, несмотря на первичную установку, человек вне этих концепций может проявлять себя по-другому в отношениях с близкими и друзьями, не функционирует как фанатик при нахождении вне определенной сферы деятельности. Фанатизм по содержанию подразделяется на следующие виды:

1. религиозный;
2. политический;
3. фанатизм "справедливости", правовой фанатизм;
4. расовый;
5. фанатизм долга;
6. фанатизм в искусстве;
7. спортивный;
8. фанатизм здоровья.

Глубокое изучение эссенциального фанатизма позволяет выделить драйв к чему-то экстремальному, свойственный этим людям. В этом случае можно говорить о "первичном" драйве. Функционирование драйва сопровождается патологической внутренней динамикой. Возникает вопрос о причине появления столь выраженной интенсивности драйва. Очевидно, она связана с имеющим место раскрепощением, освобождением энергии, вступлением в силу психоэнергетического процесса определенного характера и канализацией психической энергии в одном направлении.

Термин "фанатизм" происходит от латинского phanaticus. Этим термином характеризовался человек, у которого возникал храмовый экстаз, проявляющийся чувством "схваченности" этим экстазом. "Схваченность" рассматривается как древняя, архаичная форма религиозного опыта. Еще в Римской империи считали, что схваченность может быть вызвана прослушиванием музыки и декламации больших по объему стихотворений. Фанатик, согласно представлениям авторов, анализирующих ситуацию, находясь в состоянии экстаза, не совершает над собой усилия. Все, что с ним происходит, случается с ним и внутри него помимо его желаний и волевых усилий. Схваченность эквивалентна воодушевленности, возникающей с психологической точки зрения под влиянием "коллективного подсознания", представленного силами, которыми человек управлять не может. В данной ситуации эти силы не дезинтегрируют сознание, а направляют, канализируют энергию в сознание в одном направлении. Интенсивность обеспечивается фанатической энергией драйва.

Наряду с этим выделяют типичные элементы, выражающие фанатическую психодинамику. К ним относятся:

1. потребность в самоутверждении, особом, тотальном утверждении собственной личности и жизненной позиции, своего взгляда на вещи;

2. потребность в абсолютной значимости, исповедуемой идеи или позиции, занимаемой человеком. Одновременно с этим выступает потребность в устранении всего того, что может помешать реализации этой установки, например, всех мыслей, рассуждении, противоречащих выбранной концепции. Происходит также элиминация других верований, точек зрения, взглядов;

3. потребность в реализации своей идеи, сочетающаяся с использованием всех возможных средств борьбы с лицами, придерживающимися других точек зрения;

4. потребность для достижения цели в последовательном, не отклоняющемся от выбранного курса поведении, с отказом от компромиссных образований.

Фанатическое поведение носит интегрированный характер. Личность с эссенциальным фанатическим подходом интегрируется вокруг фанатической "оси" и производит впечатление на окружающих не на сознательном, а в основном на подсознательном уровне. Сила этого впечатления связана не только с энергетичностью фанатической личности, но и с интуитивным нахождением ею правильного способа контакта, способствующего реализации намеченной цели. Происходит задействование похожих, близких механизмов у партнеров по общению. Однако это задействование вторично, так как то, что индуцируется у окружающих, слабее первичного источника индукции. Для осуществления воздействия такого рода имеются благоприятные моменты, которые могут анализироваться как с точки зрения конкретной ситуации, так и наличия ряда факторов, предрасполагающих к "схватыванию" такого воздействия окружающими. К таким факторам относятся следующие:

— временная социальная изоляция (депривация);

— снижение сознательного уровня реагирования, например, в состоянии усталости, сонливости;

— пребывание в обществе большого количества людей, собравшихся в одном месте с какой-то одной целью, например, на собрании, митинге. В данной ситуации важен не только процесс восприятия информации, но и возникающее при этом индуцирование друг друга.

Немецкий социолог Phurtner (1991) выделяет авторитарный менталитет, способствующий индуцированию фанатизма. Лица, которым свойственен этот менталитет, ожидают от других помощи в борьбе со своей собственной беспомощностью, полагая, что кто-то другой может решить их проблемы за них.

Buttegay (1971) описывает переживания "мы", возникающие под воздействием группы. Анализ этого явления, с точки зрения возникновения нарциссизма, позволяет говорить о таком понятии, как "групповой нарциссизм", выделенный Фроммом. Если при индивидуальном нарциссизме возникает индивидуальный грандиозный self, то при групповом — групповой self, к которому человек начинает испытывать принадлежность. Например, чувство участия в деятельности какой-то группы, которая может восприниматься как самая хорошая, самая сильная, справедливая, миролюбивая и т. д. Отдельный человек, ничего собой не представляющий и страдающий низкой самооценкой, в результате появления в его психике группового self и связанного с ним чувства принадлежности к нему, идентифицирует себя с частью большего целого. Таким образом, выявляется часть людей, имеющих особую

предрасположенность к восприятию фанатических сигналов, в результате которого происходит перенос фанатического возбуждения на массу людей.

Убеждение, касающееся того, что индуцируемые фанатиками мнения и позиции являются продуктом критического логического мыслительного процесса, неверно. В действительности, они есть сочетанный продукт воздействия глубинных внутрипсихических и средовых внешних процессов. Подсознание имеет большое значение в формировании фанатизма. Экстремально суженная, селективная точка зрения фанатических лиц может на начальном этапе даже противоречить осознаваемым явлениям. Происходит неполная проекция явлений на сознание. Скрытые силы, участвующие в формировании фанатизма, могут стимулироваться суггестией извне, оказывающей влияние на подсознание, пресознание и сознание. Удельный вес структур, участвующих в резуль-тативе любого явления, оценить трудно. Таким образом, точка зрения о том, что действия фанатиков могут быть поняты окружающими на сознательном уровне, неправильна. Многое из происходящего непонятно даже для самих участников фанатических активностей.

В механизмах суггестии особенно значим социально-психологический, коммуникативный аспект, направленный на образование чувства "мы".

Лицами, вовлекающими других в фанатические активности, эксплуатируется первичная готовность человека идти в направлении удовлетворения своих скрытых, тайных желаний, неисполненных стремлений и нерешенных проблем. Воздействие особенно сильно в случае соответствия вышеперечисленных содержаний тому, что предлагают фанатики.

В результате суггестии могут возникать психические эпидемии, являющиеся результатом задействованное™ подсознания и возникновения коллективного особого состояния сознания. Проявлению фанатизма способствуют не только психологическая предрасположенность к нему человека, но и социальные проблемы, политические или религиозные движения, состояние коллективной тревоги. Могут иметь значение и конкретные, локальные события. Например, спортивные соревнования, похороны "великих вождей" в тоталитарных обществах.

Известно влияние коллективных суггестии на рост суици-дов, о чем свидетельствуют исторические факты. Так, например, после опубликования в 1770 г. "Страданий молодого Вертера" Гете в Германии возникла эпидемия самоубийств. Демонстрация фильма "Смерть одного ученика" привела к массовым попыткам самоубийства, описанным Hafner и Schmidtke(1991).

Существует ряд людей, обладающих харизмой и оказывающих большое влияние на индуцирование фанатизма. Например, массовые самозакапывания в приднестровских сектах перед Первой мировой войной возникли как протест против переписи населения в результате суггестии женщины, являющейся неформальным лидером.

Отсутствие критического осмысления у индуцированных фанатиков связано с инактивацией значительной части сознания. В таких состояниях человек теряет способность выйти за рамки заданного направления. Существует Рубикон, перейдя который, изменить заданное движение людей, например, на пути к самоуничтожению, оказывается невозможным.

Лица с фанатическим поведением любят говорить о высоких идеалах с убежденностью в

том, что их деятельность способствует настоящему прогрессу и созданию светлого будущего. Такие проявления особенно характерны для религиозного и политического фанатизма, при которых центром внутреннего движения человека являются высшие ценности жизни. Осуществление этих целей подразумевает необходимость энергетического включения, искреннюю активность, жертвенность, что достигает экстремальных проявлений. Это отличает лиц с фанатическим поведением от тех, кто преследует личные интересы, подстраиваясь под фанатические активности.

Нарциссическое удовлетворение своих потребностей, связанных с появлением в психике человека элементов грандиозности, приводит к улучшению его самочувствия и повышению его самооценки. Идентификация с идеальным целым стимулирует внутренние процессы. Человек чувствует "контакт" со своим подсознанием, теряет способность замечать действующие на него извне отрицательные влияния.

Фанатическое поведение связано с исчезновением гибкости, адаптации, с возникновением ригидной гиперкомпенсации с конвергенцией смысла жизни на одной идее.

Связь фанатизма с нарциссизмом подчеркивается разными авторами. Например, Huth (1984) отмечает, что анализ идеологических фанатиков выявляет у них наличие нарциссических личностных нарушений.

Richter (1993), выделяя понятие невротической психодинамики формулирует его в рамках комплекса "бессилия — всесилия", возникающего как результат бегства из нарциссического бессилия в нарциссическое всесилие. Это всесилие становится деструктивным, сопровождаясь появлением у человека конвергенции, интенсивности и чувства исключительности.

Наступившее воодушевление носит положительный оттенок, а фанатизм — отрицательный. Сочетание одного и другого порождает возникновение особых процессов, приводящих к усилению фанатизма.

Если человеку приходится думать, делать и чувствовать то, что противоречит его интересам, то такие отрицательные переживания либо подавляются человеком, "погружаясь" в сферу подсознательного, либо игнорируются на сознательном уровне. В этом плане вхождение в процесс приверженности идеалам сопряжено с обретением чувства перспективности и смысла жизни. Поэтому эмоция воодушевленности должна находиться под постоянным контролем и романтическая наивность в обращении с воодушевленностью может быть опасна. Это положение особенно важно при рассмотрении политического фанатизма.

Религиозный и политический фанатизм могут взаимно усиливать друг друга. При постановке грандиозных, идеальных целей, касающихся, например, улучшения жизни народа в целом, содержание политического и религиозного воодушевления часто совпадают.

Рассматривая фанатизм с точки зрения представленнос-ти структур психоаналитического деления психики человека, следует отметить, что superego, насыщенное фанатическими представлениями, становится легко манипулируемым в определении его в желательном для лидера-фанатика направлении. Возникает опасность манипуляции определенными людьми superego человека с заменой или внедрением в superego определенной идеологии. При этом делается акцент на некие высшие ценности прививаемой человеку идеологии с использованием

таких терминов, как "мужество", "достоинство", "верность", "справедливость" и пр.

Происходит формирование полного послушания, что подкрепляется некритической верой человека в то, что его мысли, чувства и поступки оправданы "высшим смыслом". Эти процессы стимулируют активизацию и эксплуатацию религиозного чувства, канализирующегося в содержании superego. Таким образом, рождается конструкция, использующая религиозное чувство.

Процесс может сопровождаться возникновением различных несоответствий, заключающихся в том, что индоктринированное superego находится в противоречии с представлениями, привитыми человеку в детстве. Преодоление этих несоответствий происходит либо путем вытеснения, либо путем рационализации, при которой прежние ценности, составляющие совесть человека, смешиваются с новым superego, привитым в результате индоктринирования. Так происходит частичное разрешение конфликта. Иногда человек выбирает путь наименьшего сопротивления, являющийся дополнительным активизирующим фактором. Выбор пути наименьшего сопротивления нацеливает человека на действия, определяемые для него другими людьми. Следование путем, предначертанным другими, избавляет человека от ответственности за свои мысли и действия.

Некоторые авторы, например Hacker (1992), определяют этот феномен как экстернализированную совесть, заключающуюся в том, что наивысшим авторитетом для человека становится авторитет "вождя", слепое послушание которому возникает не в результате прислушивания человека к своему внутреннему голосу, а в результате выполнения им того, на что нацеливает его этот вождь или некто извне. При этом человек полагает, что информация, полученная извне, совпадает с его внутренним убеждением. В этом процессе может иметь место незаметная активация идей собственной переоценки, при которых человек олицетворяет себя с определенными представлениями и личностями.

Mitscherlich (1968) отмечает факт наличия стимуляции собственных фантазий, смешивающихся с навязываемыми человеку путем индоктринации идеями. При возникновении такого "сплава" происходит замена старой совести на воодушевляющие человека новые направления, способствующие реализации нового смысла жизни. Человек может считать себя жертвой, действующей во имя какой-то высокой цели. Было бы неправильным полагать, что сформированные в детстве представления, базирующиеся на содержании superego, являются защитой от агрессии, появляющейся в связи с индоктринацией. Степень подверженности индоктринации зависит во многом от воспитания. Человек с дифференцированной системой оценок, характеризуется отсутствием дуалистического мышления, большей резистентностью к индоктринированию.

В фанатизме проявляются как идентификация и перфекционизм, так и стремление к определенной простоте, необходимой для облегчения реализации фанатических идей. Простота, свойственная фанатизму, приводит к тому, что в случае возникновения экстремальной ситуации, события, происходящие в мире, оцениваются человеком по упрощенному алгоритму "друзья — враги".

К основным психологическим механизмам, имеющим значение в возникновении

фанатизма, относится гиперкомпенсация индивидуальной недостаточности, близкая по своей сути с недостаточностью, имеющей место при "нарциссической личностной структуре". При нарциссизме формируется грандиозный self, носящий, несмотря на свою грандиозность, хрупкий характер и сопровождающийся скрываемой неуверенностью в своих силах. При фанатизме происходит сверхкомпенсация личностной слабости, имеющей место в личности. Вовлечение в фанатический процесс помогает человеку преодолевать свою психологическую неуверенность, что может для него быть соблазнительным. Этим объясняется простота и легкость примыкания человека к фанатическим идеям и быстрое распространение фанатического мышления и поведения в популяции.

В связи с этим возникает вопрос об иммунитете к воздействию на человека экзистенциальных классических фанатиков. Hole (1996), например, подчеркивает, что о наличии у человека иммунитета к такого рода воздействию можно говорить только после изучения его способности к самоанализу. Необходимо определить уровни "включенности" человека к применяемым механизмам воздействия. Установлено наличие у человека зоны наименьшего сопротивления, при которой определенное влияние со стороны стимулирует архаические механизмы. Эти механизмы способствуют вовлечению человека в рамки поведения, свойственного массе людей. Для диагностики этой слабой зоны из анамнеза человека извлекаются факты, характеризующие поведение, отличающееся от заученной и не устраивающей его в какой-то степени модели в связи с несовпадением последней с его системой ценностей. Далее анализируются причины такого поведения.

Ряд специалистов, занимающихся изучением фанатизма, пытаются найти ответ на вопросы: "Почему идеи и идеалы становятся столь убедительными для широких слоев населения? Почему люди слепо следуют им без возникновения у них протеста и чувства сопротивления?". Анализ поведения этих людей вне ситуаций, возникающих под влиянием индуцированного фанатизма, выявил отсутствие у них склонности к насилию и другим антисоциальным проявлениям вне этих ситуаций.

Слабый иммунитет, обнаруженный у части людей, возникает, по мнению ряда специалистов, под влиянием определенных типов воспитания. Обнаружена также способность некоторых людей к усвоению частичного фанатизма, проявляющегося в узком направлении, затрагивающем отдельную область психики.

Le Bon (1982), изучающий психологию масс, принимал точку зрения Фрейда, подчеркивающего значение подсознания в переработке идей, объясняя этим феноменом анормальное эмоциональное влияние идей на человека. Психодинамика влияния объясняется наличием регрессии психической деятельности, спускающейся на более ранние стадии развития, в которых человек начинает искать замену отцу. Происходит идентификация, выступающая как психологическая защита, при которой человек идентифицирует себя с более сильным отцом или старшим братом, становясь при этом более защищенным, чем при отсутствии такой идентификации. Взрослея, человек частично изживает идентификацию, следы которой остаются в подсознании, способствуя возникновению в дальнейшем идентификации с фигурой вождя, происходящей на подсознательном уровне. Такая идентификация приводит к потери индивидуальности человека. Системы ценностей, идеалы человека уходят в небытие

или изменяются путем инкорпорирования в себе идеалов вождя.

Исследования Hacker (1992) показывают, что в случае развития фанатизма первичные процессы социализации во многом протекают по-другому, приводя к появлению индивидуумов с нечеткими личностными границами. Понятие размытых границ характерно для созависимости. Созависимые люди легче становятся индуцированными фанатами. Этим объясняется легкость возникновения у человека регрессивной и проекционной идентификации с оттенком величия, идентификации себя со значимым и великим вождем. Развивается "радость подчинения", используемая различными тоталитарными движениями и системами.

Canetti (1980), анализирующий в своих работах психологическую роль приказов, обращал внимание на то, что привычка к приказу, воспитываемая у человека с детства, приводит к тому, что это состояние начинает пронизывать всю взрослую жизнь. Приказ становится чем-то само собой разумеющимся. Автор обращает внимание на существование более глубокой особенности, чем ожидание воздействия приказа. Эта особенность заключается в том, что приказ способен стимулировать у человека следы глубинных слоев подсознания, которые имеют агрессивный, враждебный характер с оживлением ауто- и гетеродеструкции. Такой процесс может быть приятным для человека. Под воздействием приказа индивидуальность становится более массовой, человек идентифицирует себя со многими, воспринимает себя не как "я", а как "мы".

К причинам, провоцирующим индукцию фанатизма, относятся следующие:

1. Неудовлетворительная личная или социальная ситуация.

2. Уход от неприятной реальности, посредством вызывания идеалистического воодушевления, сочетающегося с реализацией стремления к "праведной" цели.

Аддиктивное поведение также сопровождается уходом человека от неустраивающей его реальности посредством изменения своего психического состояния. Фанатический уход от реальности отличается от аддиктивного возникновением в сознании и подсознании человека воодушевления и идеалистической восторженности.

3. Снятие запретов superego или его замена. Происходящее при этом формирование системы, основанной на алгоритме "приказ—послушание", срабатывает как анормальный импульс к действию. Драйв к экстремальности, характерный для фанатизма, имеет свои корни в чрезвычайно выраженном послушании, которое возводится на высокую этическую плоскость. Этическая подоплека возникающего феномена соблазнительна, так как человек идеализирует эту этическую плоскость, придавая происходящему высокий смысл. У некоторых людей регрессивные тенденции такого рода развиваются легче. Они легче переходят на ранние, инфантильные стадии развития. Отсутствие в воспитании человека формирования навыка к самостоятельной оценке ситуации и психическое развитие, ориентированное на следование авторитету родителей, учителей, религиозных инстанций, способствует легкости перенесения послушания на новые авторитеты. Авторитарные фигуры вождя или секты могут быть очень понятны субмиссивному человеку и легко им воспринимаемы, в связи с тем, что независимость ассоциируется у него с необходимостью оценивать, анализировать, противостоять чему-то и энергетически в это что-то вкладываться. Таким образом, субмиссивный тип воспитания, в

отличие от ассертивного, способствует индукции фанатических идей.

Fromm (1966) отмечал свойственные некоторым людям стремление к бегству от свободы, к пожертвованию своей независимости с вручением ее кому-то с целью освободиться от груза ответственности и необходимости принимать самостоятельные решения. Психологически такая позиция может быть соблазнительной, хотя она и приводит человека к гибели. Авторитарными людьми ценятся отношения, ограничивающие свободу выбора человека. Им свойственно стремление навязать другим субмиссивность в поведении, что может, например, проявляться в советах подчиниться судьбе, от которой, якобы, не уйдешь.

Adomo (1973) в своих исследованиях выделяет авторитарный синдром, заключающийся в том, что человеку нравится занимать позицию послушания и подчинения. Агрессивные импульсы в результате накапливаются и со временем могут превратиться в мазохистические или садистские тенденции, направленные в адрес враждебной группы.

Hoffer (1965) обращает внимание на то, что в личностных особенностях подчиняющихся людей присутствует ограниченная способность к рефлексии, анализу, фантазиям. Им свойственны мечты о мощной авторитарной фигуре, которой можно подчиняться. Наряду с характерной подчиняемостью власти вышестоящих имеет место стремление к власти над нижестоящими на социальной лестнице.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ФАНАТИЗМА, СВЕРХЦЕННЫХ И БРЕДОВЫХ ИДЕЙ.

В существующих руководствах по психиатрии дефиниция фанатизма — явление довольно редкое, а дефиниции сверхценных идей имеют более широкую, но весьма разнообразную и порой нечеткую представленность. Это способствует сложностям, возникающим в диагностике этих феноменов, выглядящих как некое белое пятно, которое по-разному интерпретируется специалистами. Различные литературные источники представляют широкую палитру определений сверхценных идей.

Личко, например, считает, что сверхценные идеи являются определенным этапом развития, который может перейти в паранойяльное состояние. В свою очередь, паранойяльное состояние может быть этапом развития бреда в рамках любого заболевания, например шизофрении.

DSM-IV определяет сверхценную идею как неразумное, стойкое убеждение или идею, характеризующуюся меньшей, чем бредовая идея интенсивностью и отличающуюся от навязчивых мыслей отсутствием у человека понимания ее абсурдности и желания бороться с ней. Такое определение достаточно уязвимо потому, что оно квалифицирует сверхценную идею как неразумную, в то время как она может быть логически обоснованной. Категоризация в рамках степени интенсивности оказывается затруднительной и фактически зависит от субъективной точки зрения специалиста, осуществляющего диагностику.

В польском энциклопедическом словаре по психиатрии под редакцией Korzeniowski, Puzynski (1978) отмечается, что термин "сверхценные идеи" был введен Вернике для

определения идей, которые чрезвычайно сильно овладевают самооценкой пациента или оценкой им своей роли и преимущественно характеризуются переоценкой собственного значения и возможностей. Например, точка зрения посредственного художника о том, что он чрезвычайно талантлив. Такое определение способствует появлению ассоциаций, связанных с нарциссизмом.

Jarosz (1978) определяет сверхценные идеи как сверхценные мысли, основанные на придании особенного значения определенным стремлениям, жизненным планам, целям и их реализации. Человек, например, усиленно старается добиться определенного положения, он эмоционально высказывает религиозные или социальные идеи, вводит реформы или намеревается это сделать, является завзятым коллекционером, археологом-любителем, который каждую свободную минуту времени посвящает своей страсти. Глубокая ангажированность и убежденность в правильности целей (чем сверхценные идеи отличаются от навязчивостей) направляют его усилия и заслоняют много других дел, требующих внимания. Основываясь на своей связи с эмоциями, сверхценные идеи получают сильную мотивационную роль. Сверхценные идеи являются причиной осложнения межличностных отношений, они обычно вызывают отрицательное отношение окружающих. В то же время вдохновение и воодушевление человека со сверхценной идеей, с высоким интеллектом может производить положительное впечатление, особенно на людей, которые не вступают с ним в сколько-нибудь длительные и обязывающие отношения.

Bilikiewicz (1960) считал, что сверхценные идеи подобны по своей структуре бредовым, но, вместе с тем, они качественно иные и не являются болезненными явлениями. Это сильно и длительно эмоционально нагруженные идеи, срастающиеся с личностью и поглощающие ее. Людей, охваченных полностью одной идеей, Bilikiewicz называл фанатиками, а черту личности — фанатизмом. Сверхценные идеи по содержанию могут быть ошибочными суждениями. Автор подчеркивал, что сверхценные идеи, с одной стороны, могут быть рассудительными, моральными, полезными и правильными, а с другой стороны — неадекватными, наносящими вред, деструктивными. Содержание идей может быть религиозным, политическим, философско-доктринальным, профессиональным, сугубо частным и др. К носителям сверхценных идей, с точки зрения автора, следует относить религиозных фанатиков, создателей религиозных сект, политических и социальных реформаторов, идейных деятелей, изобретателей, фанатических пропагандистов различных доктрин, коллекционеров и т. д. за исключением обманщиков, жуликов и пр.

Таким образом, из перечисленных определений сверхценных идей, только Bilikiewicz напрямую и Jarosz косвенно приравнивают сверхценные идеи к фанатическим.

В фанатизме следует выделять не только слепую приверженность какой-либо идее, доктрине, но и нетерпимость к любым другим взглядам. Эта нетерпимость может сопровождаться действиями насильственного брутального характера. Нейтральные или дружеские поступки других людей часто оцениваются как враждебные или же заслуживающие презрения. В контексте этого определения представляется возможным проводить разграничение между фанатическими и сверхценными идеями, которые в отличие от первых не носят доктринального характера и не сопровождаются нетерпимостью к другим взглядам.

Носители фанатических идей рассматривают настоящих или потенциальных противников в качестве врагов с тенденцией к постоянному их увеличению. Использование широкой дефиниции фанатизма и сверхценных идей делает разграничение между ними невозможным. Например, попытка отграничить мягкий фанатизм, не затрагивающий личность в целом и выражающийся в каком-то одном содержании, квалифицирует фанатизм как прототип сверхценных идей. Фанатические идеи носят характер образования, четко противопоставляющего их носителя окружающим, и требуют деления окружающих на сторонников и противников идеи.

Механизм возникновения фанатизма связан с наличием глубинных архетипов угрозы, врага, отсутствующими в механизме возникновения сверхценных идей. Насыщенность такими архетипами является опасной.

Ярким примером человека, деятельность которого основывалась на реализации своих фанатических идей, служит Кальвин. Реформатор, один из основоположников современного протестантизма, живущий в XVI веке. Окружающие характеризовали его как человека скромного, застенчивого, щепетильного, испытывающего трудности в установлении межличностных контактов. При этом обращалось внимание на его склонность к кратковременным эмоциональным взрывам. Типологическая характеристика Кальвина позволяет отнести его к интравертированным личностям с возможными шизоидными чертами личности. Объективная деятельность Кальвина не укладывалась в его личностные характеристики и заключалась в установлении в Женеве теократического террора. Подчинив себе магистрат города, он добился принятия решений, необычных для либеральной Женевы. Религиозные деятели получили право в любое время дня и ночи заходить во все помещения города и проводить инспекцию с целью обнаружения признаков разврата и блуда. Супружеская неверность и святотатские высказывания, понимание которых было очень расширенным, наказывались смертной казнью. Современники обращали внимание на то, что даже близким знакомым и друзьям реформатора, нарушившим установленные правила поведения, не удалось избежать этой участи. Попытка окружающих выяснить причину такой жестокости Кальвина встречала его объяснения, базирующиеся на том, что он не жестокий, а наоборот, очень мягкий человек, вынужденный вести подобный образ жизни в силу своей принадлежности к носителям миссии, осуществляющей посредническую деятельность между людьми и Высшей Силой.

В описаниях носителей сверхценных идей характеристик такого поведения нет. Хотя следует иметь в виду, что на каком-то этапе сверхценная идея может стать фанатической, будучи подкрепленной архетипом врага. Очевидно, можно говорить о том, что мышление, свойственное носителям сверхценных идей, способно провоцировать появление архетипа врага. С этим связан переход сверхценной идеи в фанатическую. Например, поведение Робеспьера, видевшего в апофеозе своей деятельности врагов даже в самых близких людях.

Классификация психологических типов личности, предложенная Юнгом, включает в себя экстравертированный мыслительный тип со сверхценными идеями. Юнг говорит о том, что у людей экстравертированного мыслительного типа, увлекшихся определенной концепцией или деятельностью, на каком-то этапе происходит прогрессирование этой конструкции с появлением архетипа врага, что свидетельствует о появлении у них акцента фанатизма. Те из

окружающих, кто имеет отличную от них точку зрения, рассматриваются как враги.

В связи с различными определениями иногда приходится отграничивать сверхценные идеи от нарциссических. Определенное различие между ними есть, оно заключается в том, что нарциссические идеи отражают сознательную переоценку и скрытый подсознательный страх поражения. Нарциссические лица не находятся в отрыве от реальности, хорошо интегрированы, несмотря на то, что их стратегия на длинную дистанцию неправильна. Они переоценивают себя и свои достижения только в рамках выбранной ими профессии, что не производит впечатления странности и необычности и не требует необходимости убеждения окружающих в важности выбранного ими дела. Анализ ситуации с определениями сверхценных идей позволяет с нашей точки зрения, относить к сверхценным идеи, которые:

(1) носят характер, очень значимый для человека;

(2) могут иметь разное содержание;

(3) являются эмоционально насыщенными, логичными в рамках структуры, которой руководствуется их носитель;

(4) интенсивны и не поддаются критике, в обычных условиях.

В большинстве руководств указывается, что отличием сверхценных идей от навязчивых является наличие критики к последним. Но параллельно с этим, например у Лакосиной, отмечается, что в особых условиях при наличии сильного влияния окружающей среды, препятствующей развитию сверхценных идей, к ним появляется критика.

Критическое отношение к сверхценным идеям может появиться в экстремальных ситуациях, после перенесения психической травмы, как результат экзистенциального кризиса с изменением общей системы ценностей.

Некоторым лицам наличие сверхценной идеи просто необходимо. Она становится смыслом жизни. Без нее человек чувствует себя выхолощенным, пустым. В социальных контактах люди с такими идеями проявляют односторонность, стереотипность, характеризуются суженной сферой интересов, привносят в общение с близкими психологический дискомфорт и страдания.

Подчеркивается, что сверхценные идеи развиваются у психопатических личностей. Но это положение ни к чему не обязывает, так как никто из авторов не уточняет, о каком личностном расстройстве идет речь. Следовательно, возникает необходимость уточнения типа этого расстройства, что обычно оказывается невозможным в рамках современных классификаций (DSM-IV, 1CD-10).

Дифференциальная диагностика сверхценной идеи с бредом также нуждается в определенном уточнении. Классификация, существующая в DSM-IV и определяющая сверхценные идеи как идеи меньшей, чем бредовые интенсивности, не рассматривает вытекающей из контекста логической схемы, заключающейся в том, что если сверхценную идею сильнее эмоционально "насытить", то она должна перейти в разряд бредовых. Известно, что первичный бред начинается иначе, чем сверхценная идея. Он имеет другие, не просто "мыслительные" механизмы. В американской и в советской психиатрии прослеживалась, с

нашей точки зрения, ошибочная предпосылка отнесения как бредовых, так и сверхценных идей к нарушениям мышления. Правильным, на наш взгляд, является отнесение к нарушениям мышления только сверхценных идей так как, хотя бредовые идеи при поверхностном их рассмотрении и выглядят как нарушения мышления, на самом деле они имеют более глубокие корни, являясь по своим механизмам интуитивными нарушениями.

Бредовые идеи сопровождаются глубинной патологией интуиции с возникновением интуитивной оценки, связанной с приданием особого значения происходящему. К сожалению, в большинстве руководств не упоминается о том, что бред для пациента — это абсолютная, высшая форма реальности, при которой все остальное имеет лишь второстепенное значение. Поскольку носитель бредовой идеи вынужден общаться, у него возникает необходимость адаптации к окружающим. Он может пытаться "объяснять" суть своей идеи, а может и не делать этого, считая, что ему все равно не поверят. Попытка объяснения приводит, как правило, к полному непониманию, в отличие от носителя сверхценных идей, понятного окружающим. Существующая разница весьма значима.

Первичные бредовые идеи, с точки зрения Schneider и Jaspers, могут возникать двояким образом. Во-первых, по механизму приступа бреда, а во-вторых, по механизму бредового восприятия. В обоих случаях это патология интуиции. Различие лишь в том, что во втором случае присутствует наличие более или менее продолжительного предшествующего периода, названного Schneider периодом "подготовительного поля" или бредовым напряжением. Приступ бреда начинается сразу, без предшествующих ему нарушений.

При сравнении носителей фанатической, сверхценной и бредовой идеи наиболее изолированным является носитель бредовой идеи, так как понять его вообще невозможно или в редких случаях его идея становится "понимаемой" узким кругом близких по механизмам индукции. Содержание бредовой идеи может быть случайно реальным, например, бредовая идея ревности. При сравнении бредовой и сверхценной идей ревности диагностируется клиническая разница между ними, часто не учитываемая специалистами, выделяющими в качестве различия между ними только то, что одна из идей сильнее другой, что, с нашей точки зрения, является неправильным. Так, при сверхценной идее ревности, в отличии от бредовой, важна не только идея сама по себе, но и факт наличия или реальной угрозы измены. Бредовая идея ревности интерпретирует происходящие события только в одном, основанном на патологической интуиции ключе, при котором факт наличия измены сам по себе не важен, важнее сама идея. Парадоксально, но активность носителя бредовой идеи может быть ниже активности носителя сверхценной идеи.

В заключение отметим, что, по мнению Hole (1971), фанатические идеи являются прототипом сверхценных идей. Эта трактовка нам представляется ошибочной. В действительности, фанатические идеи "тяжелее", а не "легче" сверхценных, то есть прототипом фанатических идей являются сверхценные идеи, а не наоборот. Бредовые же идеи имеют совершенно другой тип возникновения и развития.

РЕЛИГИОЗНАЯ ВЕРА И ФАНАТИЗМ.

Религиозная вера подразумевает наличие особого рода связи — отношения с Высшей Силой — Богом, как человек Его понимает, а также отношения с другими людьми, содержание которых определяется отношениями с Богом.

Религиозная вера стимулирует духовную трансформацию, которая чаще происходит без немедленного осознания. В исключительных случаях процесс совершается внезапно, как, например, в случае святого Павла. Некоторые люди, по-видимому, более предрасположены к духовной трансформации, что может быть связано с типом личности, генетическими факторами или другими причинами (William James, 1982).

Трансформация включает в себя прежде всего переход от состояния отчаяния в связи с основной тревогой, неудовлетворенностью собой, результатами своих действий, неудачами и поражениями к состоянию доверия. В результате духовной трансформации происходит переориентация self, появляются новые мотивации.

William James проводил разграничение между первичным и вторичным религиозным опытом. Вторичный религиозный опыт — это то, чему мы научаемся от других, заимствуем из традиций. Первичный религиозный опыт является нашим переживанием священного. Он непосредственно связан с духовной трансформацией. Духовная трансформация сопровождается развитием чувства сострадания. Сострадание является первичным признаком духовного роста (Berg, 1998).

Человек без активизированного религиозного чувства эпистемологически (способом познания) отделен от Бога. Его органы чувств способны познавать исключительно одну реальность — мир материи, энергии, пространства и времени. Духовный мир остается за горизонтом познания.

Святой Павел считает, что эта ограниченность, духовная слепота происходит от фиксации нашего внимания скорее на конечных, чем на бесконечных вещах. Человек без религиозного чувства фиксируется на созданных Богом вещах, а не на самом Создателе. Такое положение не является случайным, оно может быть связано с рядом обстоятельств, например:

(1) материальные (конечные) вещи более наглядны, очевидны;

(2) неуверенность в себе, "основная тревога" приводит к поиску наиболее легкого пути обретения безопасности в непосредственном окружении;

(3) влияние социодинамики современного мира с акцентуацией образа жизни, организованного вокруг продукции и потребления (Tillich, 1959). Религиозная вера дает возможность человеку интегрироваться вокруг религиозного чувства, с появлением у него новых возможностей, чувства экзистенциальной уверенности. Религиозная вера обычно не ориентирует человека на развитие, не стимулирует экстремальных состояний возникновения архетипа врага. Религиозная социализация и формирование верования в этом аспекте протекает у человека без состояния тревоги, страха, без невротизации человека, характеризуясь наличием у него чувства доверия. Чем в большей степени человек несет в себе элемент доверия, тем в меньшей степени он предрасположен к возникновению фанатизма. В этих условиях человек не

нуждается в фанатическом усердии и борьбе.

Обращение к Новому Завету показывает, что у Иисуса Христа трудно найти радикальные проявления, входящие в план религиозного экстремизма. Наоборот, сравнение высказываний религиозных фанатиков с Евангелием легко выявляет это несоответствие. В Евангелии содержатся прочувствованные, непосредственно связанные с ситуациями, либеральные, великодушные отрывки и сцены, насыщенные любовью к человеку, что полностью игнорируется религиозными фанатиками. Например, прощение грехов, основное послание любви, высказывания Христа по отношению к людям, совершившим грехи. Отношение к женщине, совершившей супружескую измену, в Евангелии от Иоанна резко отличается, например, от политики Кальвина. Таким образом, Евангелие не содержит атмосферы фанатического усердия, насильственности и "насильственного осчастливливания».

ПСИХОДИНАМИКА СЕКТ.

Секты или сектантские группы существовали еще в отдаленном античном прошлом. Влияние сект на людей огромно. Особенно это положение распространяется на людей, не знакомых с традиционными религиями и позволившими себя воодушевить появляющимися у них во время пребывания в сектах видениями рая. Всегда находились люди, предлагавшие себя другим в качестве спасителей человечества и легко находившие большое количество легковерных, примыкающих к ним и верящих им.

Секты оперировали в прошлом и оперируют в настоящее время прежде всего обещаниями исполнения надежд на лучшую жизнь; удовлетворения стремления к гармоническому существованию и, наконец, обещанием спасения души после смерти. Акцент иногда делается на необходимость поиска в себе некой силы и поиска нового смысла жизни. В процессе поиска в себе нового смысла, особенно по отношению к людям, не имеющим этого смысла, возникает заполнение имеющегося в их сознании вакуума информацией, отражающей точку зрения руководителя секты, последний выступает в качестве фальшивого бога. Полное подчинение такому лидеру характерно для тоталитарных сект.

На людей, участвующих в сектах, производит особое впечатление появление смысла в их жизни и приобретение ими чувства безопасности. Люди, находящиеся в состоянии кризиса после перенесенных ими психологических травм, пребывающие во власти травматических переживаний, легко вовлекаются членами секты в свои ряды. Ими овладевает желание преодолеть в рамках секты свою душевную боль. В секты также легко попадают недостаточно структурированные личности с лабильной психикой, непривыкшие задавать критических вопросов, легко индоктринирующиеся, зависимые. С этим связано то, что лица, участвующие в деятельности секты, рассматривают ее как средство спасения себя и своей души.

Анализ активных участников секты показывает, что они находят себя в новой реальности и приобретают особое чувство безопасности, принадлежности к группе, связанное с коллективным проведением времени (молитвы в общине, исполнение коллективных обрядов,собраний).

Гуру рассматривается членами секты как божественная фигура сверхотца или сверхматери, обладающая непререкаемым авторитетом. Гуру удовлетворяет различные стремления членов секты и воспринимается ими как сверх-отец, обладающий сверхвозможностями спасения, направления по правильному пути и т. д. Члены секты воспринимают свое сообщество как идеальное общество братьев и сестер, воодушевленных одной идеей и стремящихся к одной цели. Таким образом, секта для многих становится видом совершенной семьи.

Вербовка в секту происходит без особых затруднений при наличии у человека исходного стремления к такого рода "спасению".

В секте эксплуатируется неудовлетворенное желание в коллективной защите и стремление к соучастию в проявлении божественной силы.

Руководителей сект нельзя недооценивать в силу их способностей понимать глубинные психологические механизмы, например, механизм возникновения тревоги, страха, с умением использовать это понимание в своих целях.

Термин секта происходит от латинского sekta, переводящегося как школа, учение, партия. В обиходном языке понятие "секта" со временем все больше ассоциировалось с глаголом secare — отделять, отрезать. Таким образом, развивалось определение, понимающее под сектой особое религиозное общество или группу, отделившуюся от традиционной церкви или традиционной религии.

Исторически под сектой понимались разные движения, кружки и группы людей, догматически или фундаменталистически интерпретирующие определенные разделы Священного Писания, рассматривающие своих основателей как пророков. Например, секта мормонов или отошедшие от традиционных религиозных обществ группы. В связи с этим современное определение сект расширилось. В секты входят группы, соблюдающие лишь в минимальной степени социальные нормы поведения, находящие убежище в особом мире. Например, психогруппы, различные тоталитарные движения, старающиеся сознательно изолироваться от общества.

Для сект характерна фиксация на своем руководителе. Члены секты признают его духовный или религиозный авторитет. Основатель секты доминирует в superego членов секты и подавляет их идентичность.

Современная тенденция заключается в образовании психогрупп, использующих групповые динамические процессы с применением собственных коррекционных техник воздействия, изменяющих сознание. Члены секты убеждены в необычных возможностях психотехник, что приводит к возникновению у них иррациональных представлений, базирующихся на надежде с помощью психотехник и психологических методов расширить тесные границы человеческих чувств и действий. Эта уверенность становится для них новым видом религии.

Многие руководители сект представляют свою деятельность как научную, маскируя имеющие место истинные религиозные механизмы.

Члены групп сектантского характера делают акцент не только на религиозных, но и на

социальных аспектах, заполняя тем самым определенную, имеющую место у многих недостаточность. К таким группам, получившим наибольшее распространение, относятся, например, такие как "Белое Братство", "Богородичный центр", "Дети Бога", "Церковь объединения Муна", "Бостонская церковь Христа", группа "Универсальная жизнь", "Миссия божественного света", "Трансцедентальная медитация" и др.

В современной англоязычной литературе термин "секта" часто заменяется на термин "деструктивный культ". Некоторые авторы, например. Штамм считают, что более правильным является термин не "деструктивный культ", а "саморазрушающий культ". Встречается также термин "неорелигиозный культ". Следует отметить, что далеко не все секты используют в работе религиозные представления и религиозные идеи спасения. Существуют различные экстремистские группы, не преследующие религиозных целей, но пользующиеся близкими по механизму системами индоктринации своих членов.

В последние годы отмечено сильное влияние, включающее в себя восточную медитацию, попытки исцеления, тантрические ритуалы, мистическую терапию, карты Таро, канализирование. Погружение человека в мир достаточно далеких представлений способствует стимуляции глубинных сфер его подсознания. Такое состояние непривычно, представляет угрозу для целостности психики. Угроза заключается в возможности прорыва и инфляции сознания материалами коллективного подсознания. Принятые в восточных культурах подходы интерпретируются и применяются сектами в соответствии с разработанными в них практиками индоктринации.

Специалисты, изучающие эти явления, обращают внимание на то, что участие в сектантских группах приводит к появлению эмоциональной регрессии, в процессе которой изменяется точка зрения человека на происходящие в мире события с незаметным, постепенно углубляющимся разрывом с реальностью. Предлагаемое сектами бегство в призрачный мир приводит к самоизоляции и отчуждению. Существует угроза расщепления сознания, что клинически проявляется в появлении психических нарушений вплоть до развития шизофреноподобных состояний. Известно, что у человека, подвергнутого сенсорной депривации в течение длительного времени, даже без специального индоктринирования возникает значительное оживление функционирования так называемого архаического мозга со стимулированием воображения, фантазий, с появлением снов наяву (специальные методы индоктринации усиливают этот процесс и придают ему определенное содержание).

Специалисты по деструктивным культам обращают внимание на то, что приблизительно половина членов различных групп проявляют психотические шизофреноподобные изменения, нарушения восприятия. Все это приводит к невозможности справляться с задачами повседневной жизни. По мере потери человеком этой способности у него нарастает отчуждение, снижается толерантность к трудностям. Возникает опасность возникновения аддикций.

В процессе деятельности сект происходит совершенствование используемых ими техник и ритуалов.

Большая часть людей попадают в секты в кризисных ситуациях. Интеграция в группу,

осознание и впитывание в себя идей спасения и излечения приводит к ощущению того, что сбывается какая-то мечта с возникновением убеждения в исполнении духовных надежд.

Секты реализовывают стремление человека заполнить имеющийся у него психологический дефицит и преодолеть тревогу. Экзистенциальный страх, появляющийся у человека, делает его идеальной жертвой различных тоталитарных групп, в которых он освобождается от беспокоящих его мыслей. После пребывания в секте процесс возврата в реальность труден, так как путем аутосуггестии человек убеждает себя в том, что он получает в группе именно то, чего он хочет. Секты обещают окончательное решение вопросов по принципу "fast food" (быстрого питания). Соблазнительность сект заключается в обещании немедленного исполнения желаний. Пребывание в секте сопровождается попаданием человека в глубокую психологическую деструктивную зависимость от нее. Некоторые авторы называют эти психические изменения руинизацией психики, при которой человеку становится все труднее использовать свои потенциальные интеллектуальные и волевые возможности.

Секты стремятся к контролю, к власти ограниченного круга лиц. Это стремление, естественно, не рекламируется. Различные учения, способы спасения, групповые ритуалы предлагаются для того, чтобы за их занавесом скрыть реальные цели, преследуемые сектами. Реальность оказывается противоположной тому, что секты обещают. Например, вместо обещанных сектой свободы, "просветления", разрешения проблем человек получает контроль над своим сознанием, отчуждение и деперсонализацию. Руководители сект делают членов своими добровольными последователями, проявляющими слепое послушание. Надежда на спасение души в секте способствует потере своего "Я" и формированию готовности ради этого делать все, что требуют. На это рассчитывают руководители сект, индоктринирующие членов и делающих их послушными инструментами реализации своих идей.

Индоктринация является массивным психологическим средством влияния на индивидуума или группу с целью внедрения мнения, идеи, системы взглядов, отношения к происходящим событиям и др. Наибольшее значение имеет внедрение стереотипа мышления в рамках определенной парадигмы, появляющееся под воздействием массивного психологического давления. В результате индоктринации члены секты попадают в многостороннюю зависимость от группы. Опасность динамики, имеющей место в секте, заключается в том, что психологическая манипуляция происходит незаметно и членами секты не распознается. Поэтому члены группы лишены возможности развить стратегии психологической защиты. У вновь прибывших в секту складывается впечатление о спонтанности своих эмоций, добровольности поведения. Они убеждены в том, что предлагаемые им убеждения соответствуют их собственным идеалам, неоформленным и нереализованным до момента попадания в секту. Остальные члены секты воспринимаются вновь прибывшими как приятные, всегда готовые прийти на помощь люди. Происходит "бомбардировка" новичков любовью членов секты со стажем. Интересно отметить, что родители не являются сколько-нибудь серьезным препятствием, мешающим вступлению в секту, в силу того, что их влияние менее сильно, чем влияние членов секты.

Stamm (1995), изучая технику аудитинга, применяемого в секте, отмечал, что применяемые суггестивные процедуры делают человека подверженным манипуляциям аудитора (терапевта).

Суггестивные процедуры ослабляют контроль над реальностью, человек начинает верить в то, что он может вспомнить события, происшедшие с ним до рождения. По мере роста зависимости человек начинает чувствовать свою избранность в связи с развитием у него способности к преодолению какого-то барьера, например, появления возможности выхода за пределы собственной жизни, воспоминаний себя в другом времени. Все это интерпретируется как признаки "духовного выздоровления". Возможна реализация тенденции изоляции пациента от родителей, от семьи путем привития ему чувства вины в том, что существующие ранее отношения с родителями были несовершенны. Родители, сопротивляющиеся влиянию сект, попадают в категорию "supressive persons", подавляющих лиц, являющихся потенциальным источником неприятностей. Способ воздействия является безличностным, выходящим за пределы личности, аудитор никогда не вникает в личные проблемы пациента, безучастно сидит, а возможно, и насвистывает какую-то мелодию, несмотря на переживаемое пациентом во время терапии кризисное состояние. Такое поведение врача заимствуется в какой-то степени из психоанализа, но вызывает у лабильных, неуверенных в себе людей тревогу, депрессию, психотические расстройства, что делает человека еще более внушаемым.

Для многих сект характерна тоталитарная структура с тенденцией к групповому принуждению и полному подчинению членов вплоть до совершения массового самоубийства, (например, массовое самоубийство, включающее убийство почти 300 детей в Джонстауне в 1978 году, трагедия секты Давида в 1993 году и др.).

Stamm (1995) выделяет следующие фазы в индоктринации членов сект:

1. Фаза вербовки осуществляется людьми, интуитивно чувствующими потенциального члена секты. На этой фазе происходит эмоциональное дестабилизирование человека и запутывание в противоречиях. Вербующий член секты старается вызвать доверие на длительное время, демонстрирует желание оказать помощь нуждающемуся, направив его на верный путь. Человек, осуществляющий вербовку, выглядит воодушевленным, радостным, проявляет себя членом сообщества, которое всех делает счастливым.

2. Введение в учение заключается в изложении основных положений предлагаемой доктрины. Основной задачей этого этапа является психологическая привязка вербуемого человека с вовлечением его в провозглашаемую идеологию, в смысл таинства. Форма вовлечений может быть разнообразной: курсы, семинары, лекции, богослужения, изучение книг, просмотр видеокассет, во время которых "учения", излагаемые основателями секты, выдаются "порционно". Наблюдается тенденция связывать людей новыми обязанностями, не оставляя им времени для самостоятельного критического осмысления происходящего. Активно используются комплименты и похвалы типа: "Как хорошо, что ты пришел, как мы рады тебя видеть" и пр. Таким образом, человек получает приятную для него эмоциональную поддержку. Процесс ввода в учение направлен на усиление контроля над мыслями и чувствами. Активно используется аутосуггестия, при которой человек начинает считать, что он получает в секте именно то, к чему он стремился. Создается своеобразная картина иллюзорного мира, обладающая аддиктивной привлекательностью. Вербовщики пытаются убедить человека в том, что пребывание в секте сделает его приближенным к элите, открывшей для себя особую правду. Постепенно у вербуемого исчезает критическое отношение, которое могло

присутствовать ранее. Параллельно прививается стремление к достижению значимой цели.

Индоктринация приводит к появлению у людей новой идентичности, новой личности, думающей, чувствующей в иных категориях, используется другая система ценностей. Формируется новая аддиктивная личность.

Наличие новой идентичности приводит к расщеплению личности с возникновением в подсознании ощущения опасности и несоответствия. Существует точка зрения, свидетельствующая о том, что сформированная у человека аддиктивная личность конфронтирует с прежней личностью. Ощущение раздвоенности может провоцировать эмоциональное напряжение. Подсознательные импульсы при наличии двойной идентичности не контролируются в достаточной степени. Возможность прорыва энергетического потенциала из глубины подсознания возрастает в этих состояниях. Имеет значение не только явление расщепления (наличие двух личностей — аддиктивной и условно нормальной), но и содержание переживаний аддиктивной личности. Если содержание переживаний носит такой характер, что оно больше стимулирует подсознание, то опасность прорыва материала из подсознания усиливается. Аддиктивная личность, имеющая в качестве содержания аддикции влечение к еде, характеризуется малой вовлеченностью глубинного подсознания. Нарушение драйва к еде, естественно, происходит, но эта стимуляция индивидуального подсознания отличается качественно от стимуляции коллективного подсознания, происходящей под влиянием религиозного чувства в сектах. Поэтому спецификой формирования аддиктивной личности в рамках секты является более выраженная опасность возникновения психического заболевания, что подтверждается практикой. Анализ показывает, что психические нарушения шизофреноформного характера у патологических азартных игроков, у лиц с перееданием встречаются реже, чем у членов тоталитарных сект. Аддикция к секте в этом плане представляет значительно большую опасность.

Сравнение изменений, происходящих в психике человека в результате его участия в секте, с изменениями, возникающими при аддикции, может проводиться и с количественной стороны, выражаясь в том и в другом случае в стремлении человека получать все больше и больше переживаний.

Со временем у члена секты критическое осознание угнетается, прежняя личность вытесняется;

3. Увеличивающаяся связь с группой проявляется в разрыве человека с прежними "корнями". Жизнь течет в лоне группы. Происходит прерывание контактов с теми, кто отвлекает от постоянной связи с группой;

4. Альенация (отчуждение) от окружающего мира и изоляция, происходящие параллельно со все большим вхождением в жизнь секты.

5. Укрепление приверженности к учению секты, характеризующееся усилением зависимости, контроля над сознанием и чувства идентичности с сектой.

В заключение следует подчеркнуть, что тоталитарные секты в настоящее время представляют серьезную социальную опасность. Проблема требует дальнейшего всестороннего изучения и реализации квалифицированных подходов в области предупреждения вовлечения в

секты и оказания помощи лицам, подвергающимся индоктринированию. Максимальная информированность населения об этой опасности и особенностях происходящего с вовлеченными в секты необходима как предварительное условие мобилизации общественности для организации эффективного противодействия деятельности тоталитарных сект.

КОНФОРМИЗМ

Социодинамическая психиатрия рассматривает конформизм в связи с существованием зависимых личностных расстройств, поскольку конформизм "перекликается" с зависимым, субмиссивным поведением. Под конформизмом понимается изменение поведения или убеждений в результате реального или воображаемого давления извне, которое может осуществляться одним человеком, но чаще это давление группы. В энциклопедическом словаре Вебстера конформизм определяется как стремление быть подобным привычкам, природе, характеристикам кого-то другого. Короленко определяет конформизм как отсутствие самобытности, оригинальности в привычках, взглядах, принципах, как приверженность к официальной точке зрения, приспособленчество, некритическое следование указаниям лиц, имеющих власть.

В конформизме выделяют уступчивость, при которой внешние действия человека хотя и соответствуют давлению группы, но присутствует персональное личностное несогласие с этим. Это внешний, неискренний конформизм.

Согласие и одобрение, свойственное конформизму, включает в себя действия и убеждения в соответствии с социальным давлением, при котором человек действует так, как другие, но это соответствует его убеждениям, поэтому он согласен с этими действиями. Это внутренний, искренний конформизм. Процесс характеризуется возможностью динамики, при которой неискренний конформизм переходит в искренний, одобрение следует за уступкой, во время которой человек может внушать себе мысль о том, что на самом деле это хорошо.

Получили известность экспериментальные исследования Sherif (1937,1969), изучавшего социальный феномен нормы. Автор проводил эксперимент в темной комнате, в которой зажигался свет, который не смещался. Однако подсадные лица, находящиеся в этой комнате, убеждали участников эксперимента в том, что свет смещается на определенное расстояние. Это приводило к тому, что люди, переставая доверять себе, верили в то, что световая точка смещается. Возникала групповая норма, несоответствующая действительности.

В повседневной жизни такого рода внушаемость носит выраженный характер. Приведем еще один пример, подтверждающий наличие такой внушаемости. В конце марта 1954 г. газеты Сиэтла (штат Вашингтон) сообщили о случаях повреждений лобовых автомобильных стекол в городке, располагающемся в 80 милях севернее Сиэтла. Утром 14 апреля поступили сообщения о подобных повреждениях из городка, расположенного уже за 65 миль от Сиэтла, а на следующий день — всего за 45 миль. К вечеру сила, "разрушающая стекла", достигла столицы штата Вашингтон. К полуночи 15 апреля в полицейском управлении было зарегистрировано более 3 тысяч заявлений о поврежденных стеклах (Medalia, Larsen.1958). Появились слухи о радиоактивном дожде как о причине повреждений. И только после того, как 16 апреля газеты

выдвинули идею о том, что причиной беспокойства может быть массовое внушение, заявлений больше не поступало. Анализ причин выщербленных стекол, сделанный позднее, показал, что это были обычные повреждения, вызванные мелкими камешками. На этот факт было обращено внимание потому, что, поддавшись внушению, люди начали пристально смотреть на стекла, а не сквозь них.

Внушаемость такого рода носит выраженный характер по отношению к разным событиям. Так, по данным Jonas (1992), после просмотра фильмов, затрагивающих проблему суицида, регистрировался феномен учащения суицидов в Германии.

Hafner, Schmidtke (1989) обращали внимание на то, что подростки более впечатлительны в этом отношении. Это касается и агрессивных действий.

Ash (1955) проделал эксперимент, выявляющий наличие конформизма и заключающийся в следующем. В специальном помещении разместили несколько столбиков определенного размера. Участников эксперимента просили указать, какой из столбиков соответствует демонстрируемому образцу. Все участники давали правильный ответ до появления в аудитории подставных лиц, дающих неправильные ответы. Присутствующие начинали испытывать смущение и сомнение в правильности своих ответов и в очень большом количестве случаев (5 из 6 человек) начинали отказываться от своей точки зрения. Таким образом, в результате эксперимента выявлено, что в 37% случаях при явном несоответствии истине люди проявляли конформизм, несмотря на свою интеллектуальность и адаптивность.

В 1960-1970 годы в США произвели фурор эксперименты Milgram (1974), изучающего проблему подчинения. Участнику эксперимента надевали на руку манжетку с электродом и давали задание включать электрический ток, сила которого увеличивалась с 15 до 450 вольт в случае нерешения им поставленной задачи. Скачок напряжения соответствовал интервалам в 15, 30, 45, 60 и т. д. Испытуемому давалось задание и объяснялось, что в случае его выполнения удара током не произойдет, но в противном случае включается ток сначала в 15 вольт, а если он не решает следующее задание, сила тока достигнет 30, и т. д. Как правило, член команды начинал кричать при достижении силы тока 60 вольт. Однако, оказалось, что участвующие в экспериментах часто не останавливаются, несмотря на боль. Причина происходящего озадачивала многих. Тем не менее было выявлено, что достаточно было во время эксперимента кому-то со стороны подойти и посоветовать его прекратить, ничьи указания по продолжению эксперимента на его участников больше не действовали. Так, интерференция со стороны приводила к прекращению эксперимента. Интерпретация результатов исследования Milgram позволила ему сформулировать условия, способствующие подчинению:

1. эмоциональное удаление от жертвы, при котором человек не видит того, кто подвергается эксперименту, так как если оба находятся в одном помещении, получается другой результат;

2. близость и легитимность авторитетного человека, проводящего эксперимент;

3. институционализация авторитета (какой организации он принадлежит);

4. освобождающее действие неподчиняющегося коллеге испытуемого. В результате эксперимента выявлено, что меньше сочувствия к боли испытуемого возникает тогда, когда

остальные участники не видят и не слышат того, что происходит. В этом случае человек доходит в эксперименте до конца (450 вольт). Пребывание в одной комнате с испытуемым приводит к тому, что только 40% участников доходили до 450 вольт.

Специалисты, занимающиеся исследованием конформизма, выделяют в нем такой феномен, как нормативное влияние.

Этот феномен основан на стремлении удовлетворить желание других. Целью такого конформизма является получение признания для того, чтобы сделать карьеру. Такое явление приводит к уступчивости, особенно увеличивающейся в случае попытки подняться по социальной лестнице (Hollander, 1958).

Deutsch, Gerard (1955) выделяли информационное влияние конформизма в смысле признания суждений других, обладающих информацией.

Buchler, Griffin (1994) обращают внимание на то, что после того, как люди соглашаются с мнением той или иной группы, они особенно склонны к разработке различных логических трактовок, оправдывающих их решения.

Исследования конформизма представляют особую важность в связи с его "выходом" на проблему ассертивно-антиконформистского поведения.

Конформизм может оказать на человека непоправимое деструктивное влияние. К этому выводу пришли исследователи, анализирующие результаты вышеперечисленных экспериментов. Сложилось мнение о наличии у человека очень опасных механизмов, могущих срабатывать для него незаметно. Особую опасность для человека представляет отсутствие личной ответственности, когда он "прячется" за местоимение "мы". Это может быть проиллюстрировано результатами эксперимента, проведенного Fisher (1981)', который рассматривал возможность начать ядерную войну как абстрактную проблему. Суть эксперимента сводилась к следующему. Президента США обычно сопровождает офицер, носящий специальный чемоданчик, имеющий прямое отношение к возможности начать войну. Fisher предложил вариант, согласно которому код, запускающий этот механизм, должен быть помещен не в чемоданчик, а должен быть зашит в груди офицера так, чтобы при необходимости им воспользоваться, должна быть произведена вивисекция. Автор считал, что такая персонализация приведет к другому варианту решения.

Конформизм в профессиональной деятельности приводит к неприятным проявлениям. Конформный человек, оказавшийся под групповым давлением, делает то, что ему говорят. Например, психиатры, назначающие пациентам, страдающим шизофренией, большие дозы нейролептических препаратов, превышающие среднетерапевтическую дозу, объясняют свою тактику тем, что такие состояния принято лечить "мегадозами". Несмотря на то, что результатами исследований установлено, что большие дозы нейролептиков приводят к развитию необратимых поражений головного мозга, специалисты, знающие о недопустимости такого лечения, ссылаются на инструкцию, которую они выполняют. Следующим примером, подтверждающим отрицательные последствия конформизма в профессиональной деятельности, является результат анализа нацистской психиатрии. Так, одним из преступлений, совершенных национал-социалистами в Германии, явилось уничтожение большого количества психически

больных. Причем большинство больных погибло в психиатрических больницах, сотрудникам которых было сделано предложение переоборудовать первые этажи клиник под газовые камеры. Было зарегистрировано большое количество добровольцев, руководствующихся в своих действиях по уничтожению больных интересами "прогресса и оздоровления нации". Американский военный трибунал, судивший впоследствии сотрудников больниц, которые убивали пациентов добровольно, сталкивался с объяснениями, основанными на том, что их действия основывались на приказах тех, кто "лучше знает, что надо делать" (Неупе, 1993; Юее, 1986).

Механизмы конформистских подходов закладываются еще в раннем детском возрасте и являются результатом прежде всего семейного, родительского влияния. Если создаваемый родителями семейный психологический климат определяется терпимостью, уважением к различным точкам зрения, приверженностью к гуманистическим ориентациям, эти черты рано воспринимаются детьми. Если родители характеризуются нетерпимостью, максималистским отношением к жизни, в семье превозносятся подчинение и тупое послушание, преклонение и восхищение авторитетами, естественно, что и эти подходы воспринимаются детьми и формируют их отношение к миру. Дети рассматривают обычно своих родителей в качестве всемогущих фигур, способных решить все проблемы, всегда правых в своих высказываниях и суждениях. Дети часто идентифицируют себя с родителями, перенимая их подходы, отношение к жизни, симпатии и антипатии. Во многих случаях дети на интуитивном уровне чувствуют отношение родителей не только к тем или иным конкретным людям, но и к национальностям, конфликтным ситуациям в обществе, они "чувствуют" отношение родителей к искусству, литературе, по-своему тонко оценивают их художественный вкус. Предубеждения, свойственные родителям, могут усваиваться детьми и оказывать на них большое влияние. Об этом убедительно писал известный американский психолог Allport (1958). "В моем наиболее раннем детстве я припоминаю, что я чувствовал сильный антагонизм по отношению к каждому, кто имел противоположные взгляды и другие симпатии, чем мои родители. Они часто говорили о таких людях за ужином. Я думаю, что меня впечатлял доверительный тон голоса, которым мои родители передавали свои убеждения, осуждали своих оппонентов и убеждали меня в своих всемогущих знаниях".

Такая идентификация с родителями, с принятыми в семье подходами происходит не только на уровне сознания, но включает и более глубокие подсознательные механизмы. Конечно, она более вероятна в случаях, когда между детьми и родителями выражено чувство любви и привязанности. Чувства родителей эмпатизируются и имитируются детьми. Хорошо известно, что дети повторяют мимику, интонации родителей. Если ребенок, "настроенный" на восприятие эмоционального состояния родителей во время разговора о людях, вызывающих у них отрицательное отношение, улавливает эмоциональное напряжение, раздражение или злость, то при похожих ситуациях (разговор на близкую тему или встреча с людьми, чем-то напоминающими осуждаемых родителями) у него также может развиться аналогичное эмоциональное состояние даже без сознательного осмысления этого явления.

Таким образом, конформность по отношению к родителям может стать в дальнейшем серьезным источником предубеждений, в особенности если последние свойственны и близкому

окружению. В благоприятных условиях под влиянием людей с другими точками зрения, например в обстановке приемлемости различных взглядов, уважения к людям вне зависимости от их социального, этнического происхождения, уважения прав человека, такие предубеждения, как правило, постепенно исчезают, иногда приводя к реакциям "бунта", внутрисемейным конфликтам.

В то же время общества или группы людей, находящиеся под сильным влиянием и подверженные фанатическим идеологиям постоянно рождают и поддерживают чрезвычайно стойкие конформистские подходы. В этих условиях конформистское поведение носит нередко адаптивный защитный характер, с ним связана возможность идентификации с группой, оно обеспечивает условное покровительство лиц, обладающих властью...

Сформировавшиеся в раннем детстве конформистские механизмы способствуют восприятию авторитетных фигур (к которым относят в рамках конформизма лиц, находящихся на высших ступеньках иерархической лестницы) в качестве замены родителей. Послушание расценивается как одна из основных добродетелей, воспитанных в детстве. Критическое отношение к "авторитетам" сопровождается чувством вины и страха перед наказанием, что является постоянным эффективным тормозом, сдерживающим выход за пределы конформистских стереотипов.

Конформистское поведение представляет собой феномен, в котором наиболее выделяются социальная и психологическая стороны. В отличие от аддиктивного поведения медицинский аспект здесь имеет меньшее значение, хотя и может присутствовать.

Конформистское поведение — одна из форм искусственной, неподлинной жизни. Такой человек уходит от контакта с самим собой, не пытается узнать правду о себе, у него мало выражено самоосознание. Главными в его жизни считаются "общепринятые", трафаретные ценности, рекламируемые средствами массовой информации. Конформисты лишены индивидуальности, стереотипны и предсказуемы в своих действиях. Такой образ жизни для них естественный и единственно возможный; людей, действующих по-другому, они не понимают или считают психически неполноценными. Конформистское поведение приносит им чувство радости и спокойствия.

Среди конформистов встречаются люди, которые резко отрицательно относятся к переменам, происходящим в современной России, мотивируя это тем, что "раньше жилось хорошо и счастливо". Это типичное проявление конформистской установки в жизни и страха оказаться перед необходимостью разобраться в себе и других, критически оценить ситуацию. Конформизм позволяет автоматически избавиться от необходимости занимать активную позицию, самостоятельно организовывать свою жизнь, превращая человека в марионетку.

Конформистское сознание характеризуется также значительно представленной конвергенцией в жизненных подходах. Под конвергенцией в психологии понимаются концентрация внимания на какой-либо одной стороне вопроса, функционирование в рамках жестко заданной системы. Кон-вергенты испытывают затруднения в попытке оценить решаемую проблему с другой позиции, по-новому. В психологических исследованиях конвергенты плохо справляются с решением задач "с открытым концом", где нужно найти как

можно больше решений. У них слабо представлены воображение и интуиция. В результате диапазон их видения мира ограничен довольно узкими рамками. Выраженные конвергенты, как правило, не интересны как люди, так как, кроме профессиональных тем, их ничего не привлекает, а в других вопросах они проявляют невежество или предлагают упрощенные подходы. Конвергенты плохо схватывают юмор, они вообще не любят шутить, воспринимая все "серьезно". Конформисты также в целом отрицательно относятся к юмору. Очевидно, это связано со страхом подорвать авторитет "начальства", которое может оказаться прямым или косвенным объектом шуток, или со страхом самому оказаться смешным в глазах других людей. Конформистской психике мало свойственны чувства вины, симпатии, сопереживания, как, впрочем, и чувства злости, ненависти. Вообще, эмоциональная жизнь при этом обеднена, межличностные отношения поверхностны. Вот как об этом пишет Musil (1971): "Сегодня ответственность не тяготит уже самого человека, а зависит от взаимосвязей различных дел. Разве не заметно, что переживания сделались независимыми от людей?.. Кто может еще сегодня сказать, что гнев является действительно его собственным гневом, если столько людей в это вмешиваются и лучше разбираются в делах, чем он сам? Возник мир самих свойств без человека, мир переживаний без того, кто их переживает, и почти создается впечатление, что в идеальном случае человек не сможет уже ничего пережить индивидуально, а сладкая тяжесть личной ответственности растворится в системе многозначительных формул".

Конформистское поведение имеет в некоторых случаях и клинический аспект, относящийся к "малой" психиатрии; этот аспект проявляется у больных истерическим неврозом. Польский психиатр Jakubik обращает внимание на то, что конформизм нередко применяется у больных как средство инграциации (вхождение в доверие для получения награды). Автор пришел к заключению, что внешне создается впечатление о повышенной внушаемости этих больных, в то время как на самом деле это не истинная внушаемость, а феномен инграциации. Индивидуумы с большой зависимостью от давления окружающих проявляют склонность к конформизму и подчинению давления группы, а также характеризуются низким уровнем ожидания успеха в ситуациях, требующих общественной оценки их действий. Таким образом, конформистское поведение является одним из видов манипуляционной техники у больных истерическим неврозом.

Личко также обращал внимание на проявление конформизма в клиническом плане, приводя данные наблюдений о том, что у лиц, заболевших злокачественной шизофренией, в подростковом возрасте наблюдалась конформная акцентуация личности. По-видимому, в подобных случаях конформистские установки возникали в связи с переживаниями какой-то тревоги, экзистенциального страха, которые иногда являются предвестниками развития психоза и были, таким образом, защитной реакцией, помогающей временно частично адаптироваться к психологически дискомфортным состояниям.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в конце 70-х годов нашего века ежедневно на земном шаре свыше 1300 чел. погибало в результате самоубийства,

т. е. около 500 тыс. чел. ежегодно. К настоящему времени эти цифры значительно увеличились, но считается, что количество попыток совершения самоубийства (суицидных попыток) приблизительно в 15 раз больше. Существуют различные точки зрения на причины суицидного поведения: самоубийства рассматриваются как одно из выражений социального неблагополучия и отражают психологическое напряжение в обществе; самоубийства связываются с психологическим состоянием людей, их совершающих.

Известный специалист по суицидному поведению Durkheirn (1878) в свое время выделил три различных типа самоубийств в зависимости от особенностей контактов индивидуума с его социальной средой обитания:

1) "анемическое" самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь и др.;

2) "альтруистическое" самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества (чтобы не обременять собой других, не позорить их в связи с каким-то преступлением или нарушением морали и др.);

3) "эгоистическое" самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам. Самоубийство здесь является формой "ухода" от неблагоприятной социальной ситуации.

Согласно Durkheirn (1878) — первому исследователю роли социальных факторов в совершении самоубийств — в различных социальных условиях по-разному представлен риск развития суицидного поведения. Увеличение количества самоубийств отражает неблагополучие общества.

Создатель теории психоанализа Фрейд придерживался другой точки зрения, связывая самоубийства с проявлением "инстинкта смерти", которому он противопоставлял либидо-сексуальную энергию, являющуюся инстинктом жизни. В случаях нарушения равновесия между либидо и "инстинктом смерти" последний может оказаться более сильным и выразиться в агрессии, направленной или на самого себя, или на других людей.

Суицидное поведение представлено неравномерно в разных регионах мира. Согласно данным ВОЗ, в конце 60-х годов самоубийство было особенно характерно для высокоразвитых стран. В 1968 г. сообщалось, что в восьми развитых странах самоубийства занимают третье место, после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, как причина смерти людей в возрасте между 15 и 45 годами. Указывались такие страны, как Австрия, Дания, Финляндия, ФРГ, Венгрия, Канада, Швеция. При этом первое место занимает Венгрия: в 1966 г. на 100 тыс. населения совершалось 29,8 самоубийства. Для сравнения: в Канаде — 8,6; Франции — 15,0; в Австрии—23,1.

В целом в мире в последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению числа самоубийств, что связывается как с улучшением их регистрации, так и с общим постарением населения в развитых странах. Отмечается, что самоубийства совершаются чаще в весеннее время. Это явление пытаются обычно объяснить особенностями сезонных биоритмов. Соотношение между мужчинами и женщинами при завершенных самоубийствах — 4:1, в то

время как при попытках совершить самоубийство оно составляет 1:2 (Miller, 1973), т. е. попытки совершить самоубийство у женщин отмечаются приблизительно в два раза чаще, чем у мужчин, однако суицидное поведение мужчин чаще приводит к трагическому исходу. Самоубийства совершаются чаще в возрасте 55-60 лет, а попытки совершить самоубийство отмечаются в среднем возрасте — 30-35 лет. Суицидное поведение часто характерно для кризисных периодов жизни: юношеского и молодого возраста, а также начинающейся старости. В последнее время число самоубийств в молодом возрасте значительно увеличилось и суицидное поведение стало распространяться даже среди детей.

Отмечается, что суицидное поведение определенным образом коррелирует с гражданским состоянием. Среди самоубийц наиболее высокий процент одиноких людей. Разведенные и овдовевшие мужчины в 4-5 раз чаще совершают самоубийства. Ringei (1961), Stengel (1973) и др. обращают внимание на значение социального положения: наиболее часто самоубийства совершают лица или высших, или низших социальных слоев. Сравнительно часто самоубийства совершают врачи и студенты. В городах суицидное поведение встречается чаще, чем в сельской местности. По данным из США, количество самоубийств у иммигрантов недавнего времени выше, чем у местных жителей. Имеются специальные исследования, изучающие роль религии в суицидном поведении. Ряд католических стран (Португалия, Испания, Италия) характеризуются низким количеством самоубийств, однако Венгрия, Австрия, Франция — высоким. Сравнительно редки самоубийства в исламских странах (за исключением суицидного поведения в рамках "священной войны" для нанесения максимального ущерба противнику). Религия является в целом важным, но не единственным фактором, определяющим предупреждение или риск суицидного поведения.

Самоубийство может сочетаться с различными психическими нарушениями, различными видами депрессии. Его нельзя рассматривать в рамках клинической ортодоксальной психиатрии, неверно трактующей наличие у человека суицидальной идеи или попытки, как проявления психического заболевания. Громадное большинство суицидентов не относится к категории психически больных. Это положение очень важно, так как в советской психиатрии считалось, что попытка суидида является достоверным признаком наличия психической патологии. Существовала точка зрения, согласно которой считали, что в социалистическом обществе здоровый человек не может иметь аутодеструктивные мысли, тем более не может претворить их в действие. Наличие подобных действий автоматически считалось достаточным для отнесения этого человека к категории психически больного. Отражением этого положения являлась инструкция, согласно которой все суициденты, попадающие в соматические больницы, должны были направляться в психиатрические стационары, что являлось нарушением прав человека, ибо подобные действия должны осуществляться только с согласия пациента.

В отношении суицидального поведения существует ряд укоренившихся в обществе мифов. Считается само собой разумеющимся, что самоубийство является логическим последствием неприятных событий, плохого здоровья, психической травмы, финансового краха, фрустрации и пр.

Эти объяснения акцептируются с большой готовностью с нежеланием дополнительных

вопросов, хотя повседневный опыт убеждает в неправомерности этого положения, так как в ряде случаев далеко не каждый подвергнувшийся психической травме и фрустрированный человек имеет тенденцию совершать самоубийство. Понятной для всех и объясняемой причиной суицида является бегство от непереносимой жизненной ситуации. Однако, если причиной суицида является внутренний, невидимый механизм, человека считают сумасшедшим. Такие рассуждения достаточно соблазнительны, просты и привлекательны, так как они не требуют тщательного анализа ситуации.

Концепция о том, что самоубийство является бегством от непереносимой жизненной ситуации, позволяет выдвинуть предположение о "близости" самоубийства и аддиктивного поведения, также проявляющегося бегством от непереносимой реальности. При аддиктивном поведении бегство реализуется изменением психического состояния и обратимо, а при самоубийстве носит окончательный характер.

Аутодеструкция при самоубийстве может строиться на внутренней убежденности в продолжении жизни в каком-то другом варианте.

Одним из эффективных методов коррекции аутодеструкции является активация других драйвов. С суицидным драйвом можно справиться путем психологической активации других драйвов, например, активизации творчества, так как люди, склонные к активации подсознания, склонны к творчеству. Исследования пациентов с мечтательной депрессией показало, что большинство из них любят творчество. Задание таким пациентам написать рассказ на тему появляющихся у них мыслей о самоубийстве приводит к тому, что сосредоточение на описании этого процесса приводит к сублимации аутодеструктивной энергии пациентов.

Анализ попыток самоубийства делает необходимым исходить из влияния на них не только внешних, но и внутренних факторов. Для некоторых лиц любая тяжелая реальность никогда не приводит к появлению попыток покончить с собой, даже встреча с абсолютно непереносимой ситуацией. Если же включаются подсознательные цели, то даже в сравнительно благоприятных ситуациях, связанных с возможностью выбора, человек может идти по аутодеструктивному пути.

Согласно статистике значительное количество самоубийств совершается во время алкогольного опьянения. Специалисты полагают, что в этот момент снимается контроль сознания над аутодеструктивным драйвом.

С психологической точки зрения самоубийство — сложный процесс, требующий тщательного рассмотрения. Так, например, во время великой финансовой депрессии в США (1931-1934) оказалось, что самоубийства были менее часты, чем в лучшие времена. Следовательно, жесткие условия иногда способствуют мобилизации человека.

Интересен анализ обращающих на себя внимание самоубийств, кажущихся на первый взгляд понятными. Например, разорившийся состоятельный человек убивает себя, обеспечивая тем самым страховку для семьи. "Лежащей на поверхности" причиной самоубийства явился финансовый крах. Однако, анализ причины потери денег приводит к выводу о том, что самоубийца сознательно провоцировал риск разорения. Он имел многочисленные сексуальные связи, неудовлетворительную ситуацию дома, длительную неудовлетворенность семейной

жизнью. Возникает вопрос: "Почему он женился на нелюбимой женщине и жил с нее в течение длительного времени? Почему он не мог мобилизовать свое либидо и справиться с "нахлынувшими" деструктивными тенденциями?". Из анамнеза выясняется, что его отец покончил с собой. Мать была холодной, не заинтересованной в детях. Анализ такого рода самоубийств, согласно Menninger, показывает совершение "психологического" самоубийства задолго до физической его реализации.

Аутодеструктивные тенденции могут возникать у человека очень рано, оказывая влияние на его развитие на разных возрастных этапах. Постепенное подавление жизненного инстинкта приводит к тому, что человек выбирает для себя аутодеструктивный стиль поведения, включая аддикции. Самоубийство — неизолированный и необъяснимый с точки зрения обычной логики факт. Так, анализ поведения женщин, которых насилуют регулярно, порождает вопрос о том, почему эти женщины постоянно попадают в ситуации, провоцирующие насильников. Существует мнение о наличии у ряда людей готовности к несчастным случаям.

Последователь Фрейда Menninger (1938) считал, что самоубийство включает в себя "три желания": умереть; убить себя; быть убитым. Автор считал, что настоящая, непоказная попытка совершить самоубийство обязательно должна содержать в себе эти три ингредиента. Если же какой-то из них отсутствует, то попытка не является серьезной: она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением запугать кого-либо, шантажировать, получить таким образом какие-то дивиденды. В самоубийстве можно выделить три элемента:

1. Желание умереть. Человек хочет умереть, освободиться от чего-то, прекратить участие в жизни.

2. Желание убить себя. Активный процесс, при котором желание убить себя очевидно. Деструктивный инстинкт проявляется в двух направлениях: ауто и гетеродеструкции. Внешняя агрессивность и направленная на себя аутодеструкция формируются, с точки зрения автора, почти с момента рождения. Обычно внешняя агрессия подавляется за исключением криминального развития, но она может проявляться во время расширенного самоубийства, при котором человек из альтруистических соображений убивает наиболее близких, а потом себя. Иногда враждебность бывает настолько сильной, что ее наличие можно объяснить только существованием тени (Юнг), направленной против определенного объекта. Человек должен знать эту сторону своей личности, понимая, что она может быть опасной для него.

3. Желание быть убиваемым. Может проявляться в провокации разнообразных ситуаций, представляющих опасность для жизни.

В целом представители психоаналитического направления анализируют самоубийства как проявление болезненных механизмов и в значительно меньшей мере рассматривают их в социальном плане. В связи с этим следует подчеркнуть, что современные психологи и психиатры, не придерживающиеся психоаналитических взглядов, придают большое значение в развитии суицидного поведения психическим и невротическим нарушениям.

Очевидно, проблема суицидного поведения достаточно сложна и не может быть во всех случаях объяснена с точки зрения одного из названных подходов, в ней участвуют и социальные и личностные факторы. К таким факторам относятся: способ восприятия

окружающих людей, ситуаций, собственных проблем; особенности мотивационных подходов; система жизненных ценностей; жизненный опыт; характер воспитания; способы преодоления трудностей и многое другое.

В заключение отметим, что в предупреждении, уменьшении риска самоубийств в популяции, в частности среди подростков и лиц молодого возраста, имеет значение уважение в обществе к личности человека. Прошедшие годы характеризовались наличием в бывшем СССР пренебрежения к личности обычного человека, который приучался чувствовать себя лишь "винтиком" огромного механизма. Уничтожалось чувство неповторимости, уникальности каждой индивидуальной жизни. К сожалению, такое отношение к человеку сохраняется и в современной России, приобретая другие формы выражения.

Для предупреждения самоубийств необходимо воспитание в человеке с детства чувства собственного достоинства. Важно, чтобы человек ощущал себя личностью, уважал себя, свои взгляды, решения, учился чувствовать свою индивидуальность и общность с другими, ценить неповторимость и бесконечное многообразие жизни.

ЧАСТЬ V

НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Кратковременное психотическое расстройство (КПР), согласно DSM-IV, характеризуется внезапным началом. Клиническая картина может быть различной. Тем не менее, должен присутствовать, по крайней мере, один из следующих позитивных психотических симптомов: галлюцинации, бредовые идеи, дезорганизованная речь или в значительной степени дезорганизованное или кататоническое поведение.

Длительность КПР составляет не менее одного дня и не должна достигать одного месяца. КПР заканчивается благоприятно-полным возвратом к доболезненному уровню функционирования.

КПР может развиваться как при наличии, так и при отсутствии фактора психической травмы. В первом варианте КПР возникает вскоре после психотравмирующего события/событий, которые могли бы быть стрессовыми почти для каждого при тех же обстоятельствах и в рамках той же культуры.

Во втором варианте КПР возникает вне видимой связи со стрессовыми факторами такого же значительного характера.

DSM-IV выделяет также в качестве отдельного спецификатора для развития КПР послеродовой период, в тех случаях, когда возникновение психотических симптомов имеет место в пределах четырех недель после родов.

КПР возникают в различных культурах и их клинические проявления структурируются в соответствии с традиционными стереотипами поведения. В традиционных обществах КПР

обычно протекают в виде диссоциативных, связанных с культурой синдромов.

Они обычно диагностируются как различные формы диссоциативных трансовых расстройств. Эти синдромы, встречающиеся в традиционных культурах, могут иметь сложную структуру, поскольку патологическая диссоциация часто включает в себя не только синдром транса, но и овладения духами. В типичных случаях овладения пациент ведет себя, как будто он является другим человеком, в которого вселился дух умершего родственника или соседа. Состояние может сопровождаться слуховыми и зрительными галлюцинациями, эпизодами судорожно-подобного типа (Clans, 1983; Freed a. Freed, 1990).

ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Острое стрессовое расстройство (ОСР) в своем клиническом проявлении почти идентично посттравматическому стрессовому расстройству. Главное отличие этих двух состояний — это длительность и время возникновения. ОСР возникает в интервале одного месяца после психической травмы, и его продолжительность не превышает четырех недель после травмы. Если продолжительность ОСР превышает один месяц, диагноз изменяется на ПТСР (Castillo, 1997).

ШИЗОФРЕНОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

Шизофреноформное расстройство является психотическим нарушением с психопатологическими симптомами, в основном характерными для шизофрении. Единственное значимое различие заключается в длительности состояния. Шизофреноформное расстройство, в отличие от шизофрении, продолжается не менее одного, но и не более шести месяцев.

Существующая сегодня классификационная тенденция квалифицирует нарушения, связанные с психической травмой, следующим образом:

1) острые психические нарушения, длящиеся от одного дня до одного месяца, носящие название "кратковременные острые психозы";

2) нарушения приспособления, протекающие с поведенческими, эмоциональными и смешанными реакциями, длящиеся более одного месяца и не сопровождающиеся шизофреноформной картиной;

3) посттравматические стрессовые расстройства, имеющие более тяжелый тип течения.

В связи с отсутствием в классификациях DSM обычных нарушений, протекающих без шизофренической картины, возникающих после психической травмы и длящихся кратковременно, создается впечатление, что эти нарушения рассматриваются как обычные реакции человека, которым не следует придавать особого значения. В случае большей степени выраженности этих расстройств их следует относить к вышеперечисленным нарушениям.

ЧАСТЬ VI

НАРУШЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ

Согласно DSM-IV, к нарушениям настроения относятся:

1) униполярные депрессии; 2) биполярные нарушения, а также два вида нарушений, основывающихся на этиологии: а) нарушения настроения в связи с общим медицинским состоянием, и б) нарушения настроения, вызванные различными веществами.

Униполярные депрессии (депрессивные нарушения) включают большое депрессивное нарушение, дистимическое нарушение и депрессивное нарушение без дальнейшей спецификации. В реальности транскультуральной психиатрии часто встречаются пациенты с нарушениями настроения, которые не укладываются в классификацию (Kirmayer, Young, Hayton, 1995).

Классификационная система DSM-IV, очевидно, должна быть расширена посредством дальнейшего выхода за пределы центрированной на болезнь парадигмы, рассматривающей тревогу, нарушения настроения, соматоформные состояния в качестве отдельных мозговых патологий. Castillo (1995) выдвигает в связи с этим идею о коморбидности в сложных клинических случаях. Коморбидность подразумевает одновременное существование нескольких нарушений, например, большой депрессии и дистимии или большой депрессии и конверсионных расстройств.

В настоящее время имеются данные о том, что тревога, соматоформные расстройства и нарушения настроения имеют много общего между собой. В случаях депрессии обычно обнаруживается тревога, хотя не все тревожные пациенты депрессивны (Barlow, 1988; Di Nardo, Barlow 1990). Социо-культуральные факторы могут существенно влиять на пациентов с этими категориями расстройств, изменяя, в частности, соотношения между депрессией и тревогой. Социально дискриминируемые лица проявляют часто низкую самооценку в результате эксплуатации, неравноправия и унижения, и у них развиваются коморбидные расстройства. Такие ситуации характерны для тоталитарных иерархических обществ, где расстройства настроения, тревога возникают на фоне политического террора, экономического неравенства, низкого жизненного уровня. Содержание этих нарушений непосредственно отражает во многих случаях влияние факторов социального стрессирования (Kleinman, 1986). Дискриминированные лица несут на себе как бы печать "прокаженных": в сознание людей внедряется определенная схема "оправданной" дискриминации по отношению, например, к "классовым врагам", верующим, лицам, принадлежащим к "не той" религиозной конфессии, этническим группам и др. Эти дискриминационные схемы в сознании популяции могут быть интернализированы самими дискриминируемыми, и тогда они начинают чувствовать, что они действительно "хуже" других, подсознательно стараются найти в себе внутренние причины проблем, затрагивающих многие стороны их жизни. Стигматизированные таким образом лица, по мнению Castillo (1995), подвержены возникновению чувств беспомощности и безнадежности. В связи с этим у них обычно к симптомам тревоги, в случае ее развития, присоединяется и депрессия.

Nolen-Hoeksema (1987) обращает внимание на то, что в США почти 70% лиц с большой депрессией и дистимией составляют женщины. Автор высказывает предположение о том, что такое соотношение по половому признаку частично связано с социальной организацией, где, несмотря на происшедшие в последние десятилетия изменения, мужчины доминируют и имеют привилегии, в то время как многие женщины по-прежнему воспитаны в духе зависимости и подчинения, подвергаются дискриминации, харассменту и др.

Расстройства настроения, по DSM-IV, это расстройства, при которых нарушение настроения носит преобладающий характер.

Большое депрессивное расстройство характеризуется наличием одного или более больших депрессивных эпизодов.

Дистимическое расстройство характеризуется, по крайней мере, двумя годами депрессивного настроения в течение большего количества дней без большого депрессивного эпизода.

Двойная депрессия означает одновременное наличие у одного и того же пациента большого депрессивного расстройства и дистимии. Биполярное I расстройство проявляется возникновением одного или более маниакального или смешанных эпизодов, которые обычно сменяются большим депрессивным эпизодом.

Биполярное II расстройство характеризуется одним или более большими депрессивными эпизодами, сменяющимися, по крайней мере, одним гипоманиакальным эпизодом.

Большой ДЕПРЕССИВНЫЙ эпизод

Большой депрессивный эпизод необходим для диагноза большого депрессивного расстройства и биполярного П расстройства, он может входить в течение биполярного I расстройства.

Для установления большого депрессивного эпизода необходимы, по крайней мере, две недели депрессивного настроения и не менее четырех добавочных симптомов депрессии, включающих, например, изменение аппетита, сна, веса тела, а также усталость, чувство вины, затруднения мышления, повторяющиеся мысли о самоубийстве или суицидные попытки. Характерна потеря способности чувствовать удовольствие. С большим депрессивным эпизодом могут сочетаться симптомы тревоги и соматоформные расстройства. Таким образом, имеет место коморбидность.

Маниакальный эпизод

Маниакальный эпизод необходим для диагностики биполярного I расстройства, он проявляется в патологически повышенном, эйфорическом или раздражительном настроении, которые длятся, по крайней мере, одну неделю (или любой длительности, если необходима госпитализация). Для верификации маниакального эпизода необходимо наличие, по крайней мере, трех или более признаков. Последние включают грандиозность, сниженную потребность

во сне, патологическое ускорение мышления, отвлекаемость, значительное вовлечение в доставляющие удовольствие активности с высоким риском негативных последствий. Нарушение должно вызывать социальные или производственные проблемы. Могут появляться идеи величия и галлюцинации.

Смешанные эпизоды

Смешанный эпизод определяется как период, по крайней мере, одной недели длительности, при котором почти каждый день устанавливаются расстройства, соответствующие как маниакальному, так и большому депрессивному эпизодам. Имеют место быстрая смена эйфории и депрессии, характерны раздражительность, бессонница, возбуждение, галлюцинации и бредовые идеи, тенденции к суициду.

Гипоманиакальньй ЭПИЗОД

Гипоманиакальный эпизод длится, по крайней мере, четыре дня. В течение эпизода пациент переживает периодически повышенное, экспансивное или раздражительное настроение. Для установления эпизода необходимы, по крайней мере, три таких добавочных симптома, как: идеи переоценки, не достигающие бредового характера, отвлекаемость, повышенная вовлекаемость в целенаправленные активности, сниженная потребность в сне, ускорение мышления, выраженное стремление к участию в доставляющих удовольствие и связанных с риском негативных последствий активностях. В отличие от маниакального эпизода гипоманиакальный эпизод не сопровождается бредовыми идеями и галлюцинациями, социальными и профессиональными нарушениями. Наоборот, в ряде случаев может наблюдаться увеличение продуктивности, активизация творческого потенциала.

Один или более гипоманиакальных эпизодов необходимы для диагноза биполярного II расстройства, которое характеризуется рекуррентными большими депрессивными эпизодами с их сменой с гипоманиакальными эпизодами.

Гипоманиакальные эпизоды необходимы также для диагностики циклотимического расстройства, при котором гипоманиакальные периоды перемежаются с периодами мало выраженных, недостаточных для диагностирования большой депрессии депрессивных симптомов.

Дистимия

Дистимия была введена в группу расстройств настроения в DSM-III (1980). До этого пациенты с хроническими мягкими формами депрессии диагностировались в рамках невротической депрессии, депрессивной личности, истероидной дисфории (Akiskal, 1990). Обращалось внимание на значительную резистентность этих состояний к терапии.

Дистимия характеризуется хроническим течением, не-психотическими признаками и

симптомами, которые не соответствуют диагностическим критериям, требуемым для постановки диагноза большого депрессивного эпизода.

Диагноз дистимии достаточно элюзивен. Это состояние часто не диагностируется вообще и может не оцениваться как психическое нарушение самими пациентами. Несмотря на хронический монотонный характер дистимии, ее течение может сопровождаться эпизодическими ухудшениями состояния. Эти ухудшения пациенты часто связывают с различными психогенными факторами.

Диагностика дистимии осложнена тем обстоятельством, что воспоминания об особенностях настроения в отдаленные периоды жизни, например, более одного года, недостаточно точны. В результате может иметь место как переоценка, так и недооценка длительности интервалов, не сопровождающихся нарушениями (Montgomery, 1994).

Классификационная схема, приводимая в DSM-IV, позволяет значительно лучше отграничить дистимию от большой депрессии. Согласно DSM-IV, пациенты с дисти-мией должны проявлять, в частности, сниженное настроение в течение большей части дня больше дней, чем нет, по крайней мере, в течение двух лет. Сниженное настроение устанавливается на основании объективных данных или наблюдений других лиц. Для диагностики также необходимо наличие во время сниженного настроения, по крайней мере, двух из следующих нарушений:

— плохой аппетит или перед ание;

— бессонница или сонливость;

— усталость или сниженная э нергия:

— низкая самооценка;

— слабая концентрация внимания или затруднение в принятии решений;

— чувство беспомощности.

В течение двухлетнего периода нарушения должно присутствовать сниженное настроение и, по крайней мере, два из перечисленных нарушений без светлых промежутков, длящихся более двух месяцев.

Должны отсутствовать данные о наличии большого депрессивного эпизода в течение первых двух лет нарушения.

У пациентов никогда не было маниакальных или гипома-ниакальных эпизодов.

В диагностике также должны быть исключены другие психические заболевания, наличие органического фактора, который мог бы иметь значение в возникновении и развитии нарушений. Необходимо исключ ать влияние длительной терапии антигипертензивными препаратами.

Симптомы должны вызывать клинически значимый дист-ресс или нарушение в социальной, производственной, а также в других значимых областях функционирования.

В последнее время активизировался интерес специалистов к дистимии, что связано, в частности, с ее достаточно широким распространением. Согласно данным исследований,

проведенных Американским Национальным Институтом Психического здоровья (1988), от 2 до 4% популяции переживает хроническую, длящуюся более двух лет депрессию. Существует коморбидность с другими расстройствами: 75% пациентов с дистимией обнаруживают большую депрессию, злоупотребление препаратами и различные тревожные расстройства (Weissman, Leaf, Bruce et al., 1988).

Основным симптомом дистимии является снижение настроения, описываемое как чувство грусти, подавленности, снижения интереса к многим явлениям. Пациенты с дистимией могут предъявлять различные жалобы, высказывать чувство неудовольствия, иногда быть саркастичными, критически настроенными ко всему происходящему. Эти состояния обычно характеризуются отсутствием лабильности и сопротивлением в отношении психотерапевтической коррекции, что может приводить к нарушению межличностных контактов с психотерапевтом, членами семьи, знакомыми и коллегами по работе.

В ряде случаев пациенты переводят проблему в область общей медицины (терапии, неврологии), проявляя повышенную озабоченность своим соматическим состоянием, предъявляют жалобы на нарушение работоспособности, затруднение в концентрации внимания, рассеянность, совершение ряда ошибок.

В отличие от пациентов с большими депрессивными расстройствами, они могут проецировать свои негативные переживания на окружающих, обвиняя их в том, что их плохое состояние объясняется недостаточным к ним вниманием, повышенными требованиями, непониманием. Обвинения могут быть обращены к родственникам, знакомым, сотрудникам или носить более абстрактный характер, при котором обвиняется сложившаяся ситуация в целом.

Пациенты с дистимией обнаруживают достаточно часто сексуальные нарушения, в частности, импотенцию, что приводит их к поиску профессиональной помощи у сексопатолога. У таких пациентов часто возникают как семейные, так и производственные проблемы. Производственные проблемы связаны с их частым отсутствием на работе и малой продуктивностью. Имеют место и проблемы, связанные с академической успеваемостью.

Kaplan и Sadock (1994) считают, что дистимия развивается постепенно в 50% случаев у лиц до 25-летнего возраста. Пациенты, обращающиеся к психиатрам, часто страдают дистимией уже в течение более 10 лет, долго относясь к этим симптомам как к чему-то, хотя и неприятному, но "естественному", свойственному их природе.

Дистимия может смениться большой депрессией, что наблюдается, приблизительно в 20% случаев, депрессией с гипоманиакальными эпизодами, приблизительно в 15% случаев и менее, чем в 5% случаев — биполярными расстройствами (Kaplan, Sadock. 1994).

В ряде случаев пациенты, страдающие большим депрессивным расстройством, развившимся на фоне циклотимии, обращаются за помощью к психиатрам только в связи с развитием большой депрессии. Терапия антидепрессантами приводит обычно в таком варианте к элиминации большой депрессии, но явления дистимии при этом остаются, что, как правило, приводит к сравнительно быстрому рецидиву большой депрессии с появлением представления о недостаточной эффективности терапии. Распознавание дистимии требует более длительной

психофармакологической терапии.

КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.

Культуральные факторы влияют существенно на проявление нарушений настроения, что обусловлено различным значением, приписываемым эмоциональным состояниям в разных обществах. Социальная оценка нарушений настроения в разных культурах приводит к специфическим субъективным переживаниям одних и тех же расстройств. Так, в некоторых обществах грусть и депрессия вообще не считаются заболеванием, и в то же время большое значение придается соматическим симптомам (Tseng, Hsu, 1969). Депрессивные пациенты в этих культурах предъявляют в основном соматические жалобы (Ebert.Martus, 1994).

Чувство вины является важным признаком большой депрессии в западных странах, но оно менее часто встречается при этом заболевании, например, в Иране (Sartorius с соавторами, 1980). В буддистской культуре депрессия рассматривается не как болезнь, а как особое достижение, духовный инсайт, возможность понять истинную природу вещей и мира (Castillo.1991). Буддисты считают, что само осознание человеком безнадежности жизни (признак депрессии на Западе), является очень важным для избрания Нового Пути, эмоционального отстранения от собственного тела, людей и материальных ценностей. Продуктивная медитация невозможна без глубокой депрессии и поэтому безнадежность и депрессия священны.

Депрессивная симптоматология имеет разнообразные проявления и зависит от принадлежности пациента к определенной культуре. Этот факт подтверждают исследования Sartorius с соавторами (1980), изучавшего депрессивных пациентов в пяти странах: Канаде, Индии, Иране, Японии и Швейцарии. Автором анализировалась субъективная оценка пациентами своих депрессивных переживаний. Так, чувство вины было обнаружено у 68% швейцарцев. У иранцев это чувство было представлено только в 32% случаев. Эти культуральные различия были обнаружены несмотря на то, что все обследованные пациенты имели высшее образование, были вестернизированы, функционировали в рамках западной культуры. Данные проведенного исследования позволили сделать вывод о том, что вина, как симптом депрессии, более типична для пациентов западных обществ. В то же время в восточных культурах выявлена "соматизация" депрессии. Жалобы на нарушенное соматическое состояние присутствовали у 57% иранцев и у 27% канадцев. Оценивая выявленные факты с транскультуральной точки зрения, можно прийти к заключению о том, что различные культуральные подходы определяют когниции эмоциональных нарушений. Очевидно, что чувство вины чаще возникает в западных обществах, а соматические симптомы чаще возникают в других, более социоцентрированных обществах.

Рассматривая культуральные аспекты причин депрессии, Tseng и Streltzer (1997) приводят, ссылаясь на работу Ulrich (1993), различные верования о причинах депрессии у трех женщин из одной семьи в аграрном районе Южной Индии. Каждая из этих женщин в определенный период жизни страдала депрессией. Мать приписывала их страдания овладению духом. Старшая сестра переживала депрессию как соматическую проблему, младшая сестра считала,

что ее переживания связаны с депрессией. Это исследование подтверждает положение о том, что по мере того, как традиционные культуры вестернизируются, способ самовыражения пациентов начинает приближаться к характерному для западных пациентов (Marsella. 1979). Следует подчеркнуть, что объяснение причины депрессии овладением духами характерно для традиционной культуры сибирских тюрков (Короленко, Мухамедзянов,1998).

К. Lutz (1985), исследовавшая депрессию в Микронезии, обнаружила, что субъективное переживание депрессии лицами, проживающими в этом регионе, отличается от такового на Западе. Эти переживания не концептуализируются микронезийцами как болезнь. Наличие у человека длительного депрессивного настроения, согласно исследованиям автора, говорит о том, что темой его переживания является потеря близкого человека. Человек задает себе вопрос: "Что случилось? С кем я потерял связь?" Причиной переживаний является потерянное отношение с другим человеком, не получившее адекватной замены. Человек не установил контакт с тем, кто мог бы заменить потерянного человека. Таким образом, имеющая место проблема уходит от парадигмы западной психиатрии, центрированной на болезнь, в область другой парадигмы.

К. Lutz отмечает, что в последнее десятилетие в результате вестернизации в Микронезии произошли большие драматические социокультуральные изменения. Это вызвало резкий рост суицидов. Так за период с 1960-1980 гг. количество суицидов у 15-24-летних мужчин возросло в 8 раз. Общее количество суицидов за период с 1974 г. по 1983 г. составляло 200 человек на 100 тыс. населения, по сравнению с США, имеющими 13,3 суицидов на 100 тыс. населения (Desjarlais с соавторами, 1995). Рассмотрение этой ситуации требует ее концептуализации с использованием социокультурального подхода. Так, например, рост суицидов в Микронезии был вызван модернизацией всех областей жизни этой страны. В результате модернизации традиционные социальные и религиозные организации, поддерживающие людей и оказывающие им помощь, исчезли. Люди оказались изолированными и не приспособленными к новым условиям жизни.

Самоубийства в западном обществе, коррелирующие с психопатологией, в социоцентрических обществах в меньшей степени связаны с психиатрическими проблемами.

Официальная статистика самоубийств в Индии, например, (1990) показала, что основными причинами суицидов являются социальные проблемы, например, такие, как болезнь, ссора с супругом, любовные трагедии, противоречие с законом и только 3% случаев суицидов (Desjarlais, 1995) были вызваны "безумием".

Диагностика большого депрессивного эпизода в незападных культурах достаточно трудна в связи с разнообразной симптоматологией, которая может быть выражена не только соматизацией и чувством вины, но и таким важным элементом депрессии, как симптом беспомощности и несчастливости человека. Западные психиатры, подозревающие у человека депрессию, в разных контекстах задают ему вопрос, заключающийся в том, счастлив ли он. В этих обществах на человека возложена обязанность быть или стараться быть счастливым. Отсутствие у человека инициативы в этом отношении рассматривается как его неадекватность. Эгоцентризм структурирует и значение депрессии. Если вы несчастливы, значит вы депрессивны. Однако далеко не все культуры исходят из такого признака. В социоцентричных

культурах личностная идентичность проецируется больше на социальную группу, чем на себя. Личное желание человека подчинено благополучию группы. Индивидуальное состояние малозначимо в культуральном контексте. Человек фиксируется на обязанности по отношению к группе, а не на наличии у него личного чувства счастья. Грусть в социоцентрическом контексте не рассматривается как психиатрическое нарушение. Считается, что если вы грустны, проблема не в вас, а в вашем контакте с окружающими, в социальных отношениях. Грусть в этом контексте является не личностным событием, а групповым переживанием.

O'Nell (1993), изучавшая влияние употребления алкоголя на депрессию, установила тесную связь между депрессией, суицидами и проблемным употреблением алкоголя. Автор изучала американских аборигенов в резервациях, где жизнь племени потеряла традиционное значение. Современная цивилизация избавила аборигенов от необходимости выполнять ранее существующие жизненно важные для них активности, что способствовало росту депрессий, проблемного употребления алкоголя и суицидов. Основной причиной этих явлений стало нарушение приспособления и социальных связей. Автором отмечено, что некоторыми индейцами депрессия расценивается как признак зрелости.

Рассмотрение депрессивных состояний с позиций транскультурального аспекта позволяет по-новому посмотреть на эти явления в условиях современной России. Так, исследование диагностики депрессивных состояний психиатрами разных городов Сибири показало, что, например, в северных районах Красноярского края и Якутии наблюдается гиподиагностика депрессивных состояний, которые рассматриваются как функциональная соматическая патология.

ВИДЫ ДЕПРЕССИЙ

Существующая сегодня "старая" классификационная схема депрессий, до сих пор не потерявшая своей актуальности, является каузальной схемой, включающей в себя депрессии, обусловленные органическим фактором (органические поражения головного мозга различной этиологии), эндогенные депрессии, возникающие в результате реализации наследственной предрасположенности к развитию этих состояний, и депрессии, возникающие под воздействием психогенных факторов, называемых ранее не очень удачно реактивными. Эта классификационная структура нуждается в расширении и углублении, так как депрессии, связанные с воздействием психогенных факторов, это разные состояния, имеющие разнообразную клиническую картину и прогноз. В настоящее время выделяют некоторые виды депрессий, не рассматриваемые ранее, такие, как нарциссическая, экзистенциальная и анемическая, последняя очень актуальна для современной России.

В течение длительного времени специалистами не учитывалось наличие такой формы депрессии, как сезонная. Эта депрессия, актуальная для Сибири, возникает в периоды уменьшения световых часов. Изучение этого состояния показало возможность его профилактики и смягчения с помощью люминотерапии.

Экзистенциальная анемическая депрессия, участившаяся в связи с изменившимися условиями жизни, возникает при несостоятельности старой системы ценностей у людей,

привыкших к определенному стилю жизни, имеющих, с их точки зрения, незыблемую идеологию. В связи с отсутствием у таких людей других систем ценностей потеря контактов с атрибутами потерянной системы ценностей способствует возникновению такого вида депрессии. Вторым необходимым фактором для развития анемической депрессии является социальная изоляция, утрата контактов с прежними знакомым, друзьями и единомышленниками.

Депрессии, связанные с действием социопсихологических стрессоров, возникают в структуре нарушений приспособления. Эти расстройства, согласно DSM-IV, могут длиться до одного года. Если нарушения приспособления длятся более одного года, это должно насторожить специалиста, который может "пропустить" период перехода нарушения приспособления в другое состояние, сопровождающееся включением эндогенных механизмов.

Под эндореактивными депрессиями подразумеваются состояния, которые начались как реактивные, но затем постепенно при большой длительности перешли в разряд эндогенных. Психогенная депрессия, очевидно, в таких случаях провоцирует развитие эндогенной депрессии. Сегодня термин "эндореактивность" приобретает более широкое значение, распространяясь на диагностику не только эндореактивных депрессий, но и эндореактивных параноидов.

Депрессии при посттравматических стрессовых расстройствах свойственны людям, вернувшимся с военных і действий, перенесшим особо тяжелые психические травмы.

Клиническая картина депрессий во многом оказывается связанной с культурой, с особенностью общества, в котором она развивается, что вызывает определенные трудности в диагностике этих состояний. В сознании врача, работающего в рамках традиционной классической психиатрии, существует диагностическая схема, основной акцент в которой делается на классической депрессивной триаде. Очевидно, это может оказаться недостаточным при квалификации состояний, клиническая картина которых отличается от классической. Так, например, до сих пор такое состояние, как дистимия, практически не диагностируется. Это приводит к тому, что пациенты с дистимией живут, работают, вступают в межличностные отношения и при этом постоянно накладывают на свою жизнь ряд ограничений, снижающих ее качество. В то время, как своевременная диагностика дистимии и применение квалифицированных психофармакологических подходов к коррекции этого состояния могли бы быть эффективными, позволяя вывести таких пациентов на другую жизненную орбиту.

Ортодоксальный подход к диагностике депрессии приводит, например, к тому, что после достижения эффекта от использования препаратов при лечении большого депрессивного нарушения, дальнейшее назначение препарата отменяется. Это приводит к рецидиву состояния, так как специалистами не учитывается возможность существования большого депрессивного эпизода на дистимическом фоне. Квалифицированная терапия должна базироваться на продолжении лечения после элиминации большой депрессии с учетом остающегося дистимического состояния, которое не фиксировалось как самим пациентом, так и окружающими, и рассматривалось как личностные особенности пациента.

В связи с выделением в DSM-IV меланхолического типа депрессии следует отметить, что в

сознании многих психиатров понятие "депрессия" и "меланхолия" эквивалентны. И это не случайно, так как в старых классификациях психических болезней существовали взаимозаменяющиеся термины —инволюционная депрессия и инволюционная меланхолия. С точки зрения многих психиатров эти состояния ничем не отличались друг от друга, хотя на самом деле, меланхолия имеет важную специфику, заключающуюся в том, что это особый суперэндогенный тип нарушения.

Существует разница в описании меланхолического типа в DSM-IV и в DSM-III-R, заключающаяся в том, что в DSM-III-R не обращается внимание на то, что меланхолический тип — это особое состояние, характеризующееся неспособностью пациента на вербальном уровне выразить свои переживания.

Со всеми терминами, предлагаемыми врачом пациенту для описания своего состояния, такими, например, как сниженное настроение, тоска, мрачность, он соглашается. Но его согласие есть не что иное, как результат суггестии. На самом деле пациент "не находит слов" для описания своего состояния, так как оно качественно отличается от тех состояний, которые ему когда-либо раньше пришлось пережить.

Этому типу депрессии свойственны следующие диагностические критерии:

(1) потеря интереса ко всем видам активности и невозможность получить от чего-либо удовольствие даже на короткое время;

(2) колебания настроения, при которых пациент хуже себя чувствует в утренние часы;

(3) раннее утреннее пробуждение (на 2-3 часа раньше обычного);

(4) психомоторное нарушение (снижение или повышение активности);

(5) потеря аппетита;

(6) меланхолический тип настроения. Терапия антидепрессантами при меланхолическом типе является единственным эффективным терапевтическим подходом. Когнитивная психотерапия неэффективна.

Наряду с основными типами депрессивных нарушений, получивших "права гражданства" в психиатрии различных стран, выделяются эквиваленты депрессии (скрытые формы). На сегодняшний день представляется возможным выделять в качестве таких эквивалентов следующие состояния:

1) внезапная потеря воли с нежеланием что-либо делать. То, что раньше казалось человеку интересным и привлекательным, теряет для него свои положительные характеристики. Потеря воли, с точки зрения современного психоанализа, вызвана нарушением связи с подсознанием, так как воля во многом связана с импульсами, идущими из подсознания;

2) стремление к новым видам удовольствия с быстрым исчезновением интереса к ним;

3) осциллирование между быстрой утомляемостью и повышенной активностью. Активное начало дня сменяется пассивным состоянием, связанным с "нехваткой энергии". Сам пациент пытается объяснить это явление наличием соматического заболевания, что в действительности, является скрытой формой депрессии;

4) исчезновение чувства ответственности, неисполнение обязательств с последующим появлением чувства стыда и вины, что становится содержанием депрессивных переживаний.

Некоторые состояния, казалось бы. объяснимые психологическими причинами, на самом деле являются отражением депрессивных нарушений. Например, школьная фобия может являться эквивалентом депрессивного состояния.

Внимание специалистов должно быть обращено на то, что депрессия может иметь необычную клиническую картину Так, например, выделяемые Леонгардом формы аффективных психозов в настоящее время не кодифицируются, но требуют их распознавания. Так, например, при диагностике состояния, квалифицируемого как бедность эмоционального участия, помощь как психологов, так и психотерапевтов малорезультативна. Более того, в терапии этого состояния следует ориентироваться на более длительную терапию антидепрессантами с применением их больших доз.

Депрессии могут сочетаться с психическими нарушениями другого характера, например, с бредовыми идеями, галлюцинациями, кататоническими состояниями. Последние могут проявляться такими симптомами, как моторная немобильность, эксцессивная моторная активность, не связанная с внешними стимулами, выраженный негативизм, немотивированное сопротивление всякого рода инструкциям, мутизм, эхолалия и эхопраксия.

Цели облегчения диагностики служит спецификатор ати-пичности депрессий. К атипичности относятся:

1) реактивность настроения. Атипичный депрессивный больной может положительно реагировать на положительное событие, в отличие от классического депрессивного больного. Поэтому психотерапия при работе с таким пациентом может быть более эффективной;

2) гиперсомния;

3) "свинцовый паралич", проявляющийся чувством тяжести

в руках и ногах.

Наличие у пациента признаков атипичности не должно дезориентировать врачей, так как применяемая для лечения депрессии терапия здесь также оказывается эффективной.

В фармакологической терапии депрессивных состояний чрезвычайную важность, как для специалистов, так и для самих пациентов, представляет понимание того, что происходит с таким важным признаком, как сон при депрессии. К сожалению, широко распространено мнение о том, что если человек плохо спит, это всегда плохо. Около 80% депрессивных пациентов считают, что их проблемы связаны прежде всего с плохим сном. И если прием препаратов временно ухудшает сон, а ряд антидепрессантов сон действительно ухудшает, то это, с точки зрения пациента, совсем плохо. В подобных ситуациях обязанностью специалистов является разъяснение пациентам, что нарушение сна — это всего лишь один из признаков депрессии, что попытка просто улучшить сон приведет лишь к ухудшению состояния. Пациента следует информировать, что нарушение сна не является плохим прогностическим признаком, а, наоборот, это хороший признак, так как в ряде случаев депрессия лечится депривацией сна, наряду с психофармакологическими лекарствами. Эти объяснения важны, так

как у пациентов меняется представление о явлении, правильное понимание которого предупреждает драматизацию событий и создает новую позитивную мотивацию.

ЧАСТЬ VII

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения является эндогенным психическим нарушением, которое, согласно DSM-IV, длится, по крайней мере, 6 месяцев и включает, по крайней мере, один месяц наличия симптомов активной фазы. Активная фаза должна быть представлена двумя или более следующими признаками: галлюцинации, бредовые идеи, значительно дезорганизованное или кататоническое поведение, дезорганизованная речь, негативные признаки.

Шизофрения проявляется психотическими расстройствами. Термин "психотический" подразумевает значительное нарушение в оценке реальности или психодинами-чески определяется как потеря связи ego с реальностью.

В DSM-IV приводятся различные содержания термина "психотический" в зависимости от контекста его употребления:

(1) по отношению к шизофрении, шизоформным, шизоаффективным нарушениям, коротким психотическим нарушениям термин психотический применяется в случаях наличия бредовых идей, галлюцинаций, не сопровождающихся инсайтом, дезорганизованной речью, дезорганизованным или кататоническим поведением;

(2) по отношению к нарушениям психотического характера, развившимся в связи с общим медицинским состоянием, термин "психотический" относится только к тем бредовым идеям или галлюцинациям, к которым отсутствует инсайт;

(3) в случаях бредовых расстройств, индуцированных психозов термин "психотический" эквивалентен бредовым расстройствам.

В DSM-II и ICD-9 термин "психотический" оценивался на основании тяжести функционального нарушения. В связи с этим психическое расстройство определялось как психотическое, если его результатом, согласно DSM-II, являлось состояние, в значительной степени нарушающее способность человека соответствовать обычным требованиям жизни.

СИМПТОМАТИКА ШИЗОФРЕНИИ

В литературе, посвященной клинике шизофрении, подробно описаны признаки, включающие в себя целый ряд когнитивных и эмоциональных дисфункций, касающихся восприятия, коммуникации, поведения, аффекта, продуктивности мышления и речи, гедонистической способности, волевых функций и внимания.

Ни одно из представленных нарушений, будучи изолированным, не является патогномоничным для шизофрении. Диагноз этого заболевания включает в себя распознавание

констелляций признаков и симптомов, сочетающихся с нарушением социального и профессионального функционирования.

Характерные для шизофрении признаки могут быть разделены на позитивные и негативные.

Позитивные признаки выражаются в усилении или нарушении нормальной психической функции.

Негативные признаки выражаются в ослаблении или потере нормальных функций и могут затрагивать:

— интенсивность и спектр эмоционального выражения (аффективное уплощение), принимающего менее "богатую", более монотонную и однообразную форму;

— продуктивность мышления и речи, становящихся малопродуктивными;

—нарушение целенаправленного поведения. Симптом представляет собой субъективное переживание пациентом того или иного расстройства; признак является объективно устанавливаемым расстройством. Эти термины часто не дифференцируются.

Психиатры обращают внимание на то, что пациенты часто избегают зрительного контакта с собеседником. Их речь характеризуется бедностью, стереотипностью. Лаконичность речи может быть связана с нежеланием пациента общаться. Выразительность мимики и телодвижений снижена. Внимание специалистов должно быть обращено не только на поведение пациента во время диагностического интервью, но и его активность в других условиях, например, особенность его общения с родственниками, знакомыми. Следует учитывать, как пациент справляется с жизненными трудностями, насколько он приспособлен к жизни в целом. Для психиатров важно быть максимально осторожным при диагностике негативных признаков, понимать, что их объективизация достаточно сложная.

Исключение из DSM-III-R и DSM-IV простой формы шизофрении связано с недостаточной объективизацией негативных признаков и в определенной мере является реакцией на гипердиагностику шизофрении на основании субъективно устанавливаемых негативных расстройств.

Негативные признаки могут быть ошибочно диагностированы в результате влияния различных факторов, среди которых наиболее часто встречаются следующие:

(1) исходная настроенность психиатра на установление негативных признаков, связанная с индоктринированностью в плане расширенной диагностики шизофрении;

(2) возможность вторичного развития признаков, напоминающих негативные, в результате влияния продуктивных психотических признаков. Так, например, при включении в бредовую идею преследования своих родственников пациент может не вступать с ними в контакт и не проявлять прежних положительных эмоций. Негативные признаки также ошибочно устанавливаются при оценке пациентов с галлюцинаторными переживаниями, при которых голоса запрещают им вступать в контакт с окружающими;

(3) негативные признаки могут быть спутаны с депрессией, дисфорией;

(4) функциональные негативные признаки нередко вызваны отрицательным влиянием окружающей обстановки, например, гипостимуляцией в больничной обстановке, специфическими условиями и системой отношений в психиатрических стационарах. Стимулировать и поддерживать функциональные негативные признаки может неблагоприятная психологическая обстановка в семье, связанная с чрезмерным контролем, недоверием, ориентированностью родственников на неблагоприятное развитие заболевания.

Современная психиатрия использует термин "бизарные" — необычные бредовые идеи, которые противопоставляют бредовым идеям другого содержания. Несмотря на то, что бизарные идеи являются особенно характерными для шизофрении, оценить фактор "необычности" достаточно сложно, хотя бы потому, что то, что считается необычным для одного человека, не является таковым для другого, особенно если эти люди принадлежат к разным культурам. Так, например, под необычностью в западных культурах понимаются бредовые идеи, связанные с отнятием и вкладыванием мыслей, что не относится к необычности в других культурах. Согласно DSM-IV, наличие необычных бредовых идей является достаточным для диагностики шизофрении.

Для шизофренического процесса характерны бредовые идеи, развивающиеся на основе бредового восприятия и являющиеся важным диагностическим признаком. При наличии параноидного состояния, не укладывающегося в рамки шизофрении, бредовые идеи развиваются не на основе бредового восприятия, которое в этих случаях отсутствует. Бредовое восприятие при шизофрении представляет собой, очевидно, глубокое нарушение интуитивных функций. Поэтому имеет значение не столько необычность бредовой идеи, сколько возникновение ее на основе одного или множественных бредовых восприятии или воспоминаний.

Галлюцинации при шизофрении могут возникать в любой сенсорной модальности, но наиболее характерными и частыми являются слуховые. Особенно часто возникают некоторые типы слуховых галлюцинаций таких, как спорящие друг с другом голоса, а также голоса, комментирующие мысли и поведение пациентов. Галлюцинации такого рода как изолированный феномен описаны Leonhardt (1959) в рамках "фонемической" формы шизофрении. Пациент с фонемической шизофренией в течение длительного времени может не обнаруживать признаков шизофрении, адаптируясь к голосам и скрывая их наличие от окружающих. Комментирующие продолжительные голоса являются достаточным критерием для диагностики заболевания

Возможны и гипнагогические галлюцинации, не имеющие значения для постановки диагноза. Некоторые необычные ощущения, возникающие у человека, например, шум в голове, нельзя относить к признакам, патогномоничным для процесса. Целесообразно помнить, что галлюцинации могут быть нормальной частью религиозных переживаний у представителей некоторых культур.

Дезорганизованное мышление в плане ослабления ассоциаций З. Блейлер считал наиболее важным признаком шизофренического процесса. Хотя объективная оценка дезорганизованного мышления может сопровождаться рядом трудностей. Следует иметь в виду, что "мягкая" речевая дезорганизация не обязательно связана с шизофренией. Это может быть

дезорганизованная речь уставшего, только что проснувшегося, озабоченного человека. Речевая дезорганизация соотносится с шизофренией лишь в том случае, когда это нарушение выражено настолько, чтобы препятствовать эффективному коммуникативному общению. Дезорганизованные мышление и речь могут возникать в продромальном периоде с последующим их усилением. Эти симптомы могут присутствовать и в резидуальном периоде заболевания.

Для шизофрении характерно дезорганизованное поведение, которое может проявляться по-разному. Больные могут вести себя не в соответствии с возрастом, шутить, проявлять детскую несерьезность, возможно непредсказуемое, трудно объяснимое возбуждение. Дезорганизованное поведение пациентов провоцирует возникновение у них ряда проблем. Например, пациенты перестают делать то, что делать необходимо, прекращают работать, учиться; не обращают внимания на чистоту тела, одежды и жилища, не соблюдают личную гигиену; одеваются необычным образом, не соответствующим погодным условиям. Диагностический критерий дезорганизованного поведения требует осторожного и критичного подхода, так как многое в поведении пациента можно объяснить его ленью или выполнением за него родителями целого ряда вещей. Дезорганизованное поведение может быть вызвано и навязчивыми представлениями. Отдельные проявления дезорганизованного поведения еще не свидетельствуют о наличии заболевания и могут быть ситуационно обусловленными. Следует обращать внимание на то, как пациент мотивирует свое поведение.

Kurt Schneider выделял признаки (симптомы) первого и второго ранга на основании их значимости для диагностики шизофрении. Заболевание, согласно автору, диагностируется прежде всего на основании наличия симптомов первого ранга, но диагноз может быть поставлен и на основе симптомов второго ранга, если для этого существуют другие клинические основания. Последнее дополнение приводило к расплыванию границ диагностики.

К симптомам первого ранга K. Schneider относил следующие:

1) звучание мыслей;

2) голоса аргументирующего и/или дискутирующего характера, комментирующие голоса;

3) переживание соматической пассивности;

4) отнятие мыслей или другие переживания, связанные с влиянием на мысли;

5)транслирование мыслей;

6)бредовое восприятие;

7) другие переживания, включающие в себя "сделанность" аффекта, импульсов, волевых функций. К симптомам второго ранга K. Schneider относил:

1) другие нарушения восприятия;

2) внезапно возникающие бредовые идеи;

3)спутанность;

4) депрессивные и эйфорические изменения настроения;

5) чувство эмоционального обеднения.

Результаты совместного диагностического проекта США и Великобритании (1972) показали, что в США диагностические критерии шизофрении были шире, в результате шизофрения чаще диагностировалась в Нью-Йорке, чем в Лондоне, в то время как диагноз маниакально-депрессивного психоза в Лондоне преобладал над таковым в Нью-Йорке. Было установлено, что одним и тем же пациентам в разных странах выставлялись различные диагнозы в связи с концептуальными отличиями применяемых диагностических систем.

Международное пилотное исследование шизофрении (WHO, 1975) проводилось в 9 странах, в 7 из которых использовались подобные диагностические критерии. Однако более широкие критерии использовались в СССР и США.

В СССР диагноз "шизофрения" получил большое распространение. Шизофрения диагностировалась на основании, например, нарушений, квалифицирующихся в других странах как личностные расстройства, аффективные психозы, параноидные состояния и др.

Langfeldt обосновывал диагностику шизофрении на критериях "симптомов" и критериях "течения". К критериям симптомов, в случае отсутствия признаков интоксикации, инфекции или органического психического расстройства, автор относил "значимые ключи" — изменения, необходимые для диагностики шизофрении:

а) личностные изменения, проявляющиеся специальным характером эмоциональных расстройств, отсутствием инициативы и измененным, часто необычным поведением. Эти изменения, с точки зрения автора, в особенности характерны для гебефрении;

б) типичные изменения при кататоническом типе, заключающиеся в периодах беспокойства (кататонического возбуждения) и ступора;

в) наличие при параноидном психозе главных признаков, которыми являются расщепление личности (симптомы деперсонализации), потеря чувства реальности (дереализационные симптомы) или первичные бредовые идеи;

г) хронические галлюцинации.

Высказывая точку зрения относительно критерия течения болезни, Langfeldt отмечает, что окончательное решение в отношении диагноза не может быть сделано до прошествия, по крайней мере, 5 лет, в течение которых проявляется хроническое течение болезни.

Получили известность критерии "гибкой системы" St. Louis; Taylor и Abrams.

Критерии St. Louis включают в себя три группы нарушений:

(1) а) Хроническое заболевание, симптомы которого длятся, по крайней мере, 6 месяцев без возвращения к преморбидному уровню психосоциального приспособления.

б) Отсутствие периода депрессивных или маниакальных симптомов, достаточных для того, чтобы было квалифицировано нарушение настроения.

(2) Предполагает наличие, по крайней мере, одного из

симптомов:

а) Бредовые идеи или галлюцинации без значительной спутанности или дезориентации.

б) Вербальная продукция, которая осложняет коммуникацию в связи с отсутствием логической или понятной ее организации.

(3) Включает в себя признаки, из которых, по крайней мере, 3 признака из 5 необходимы для определенной диагностики заболевания, а 2 — для вероятной.

К этим признакам относятся:

а) Никогда не женился/никогда не выходила замуж.

б) Плохое преморбидное социальное приспособление или плохой производственный анамнез.

в) Наличие в семейном анамнезе больных шизофренией.

г) Отсутствие алкоголизма или злоупотребления наркотиками в течение одного года до развития болезни.

д) Начало до 40 лет.

Критерии Taylor и Abrams включают в себя следующие признаки, комплексное сочетание которых необходимо для диагноза:

1. Течение эпизода больше 6 месяцев.

2. Ясное сознание (отсутствие критериев нарушения сознания по Бонгефферу).

3. Наличие бредовых идей, галлюцинаций или формальных нарушений мышления, включающих в себя вербигерацию, неологизмы, блокировку, соскальзывание.

4. Отсутствие широкого диапазона аффективных реакций.

5. Отсутствие признаков и симптомов, достаточных для диагноза аффективного заболевания.

6. Отсутствие алкоголизма или злоупотребления наркотиками в течение одного года до диагностики.

7. Отсутствие локальных признаков и симптомов выраженного мозгового заболевания или серьезного медицинского заболевания, которые могут вызывать значительные поведенческие изменения.

Crow (1980) предложил классификацию, подразделяющую шизофрению на тип 1 и 2. В основе деления лежит наличие позитивных или негативных признаков, представленных иначе как продуктивные и дефицитарные.

Первый тип характеризуется преобладанием продуктивных признаков, которые, по мнению Crow, относительно хорошо устраняются. Автор считал, что наличие продуктивных симптомов позволяет говорить о "нормальной мозговой структуре".

Второй тип характеризуется главным образом негативными признаками с часто диагностируемыми структурными мозговыми аномалиями, выявляющимися на сканировании. Этот тип характеризуется плохой реакцией на лечение.

В европейской психиатрии популярна диагностическая схема, строящаяся на теории

этиоэпигенеза. Теория Bilikiewicz исходит из того, что шизофрения является хроническим эндогенным процессом, характеризующимся нарастанием негативных симптомов, на которые могут накладываться дополнительные синдромы. Классическое выражение негативных симптомов по Биликевичу является аналогом того, что до недавнего времени называлось простой формой шизофрении. Эпигенез по Биликевичу строится на сочетании органической дефицитарной основы с дополнительными параноидными, кататоническими и гебефренными синдромами, представленными в понимании классической психиатрии. Причина развития негативных симптомов неизвестна. В дальнейшем параноидные, кататонические и гебефренические наслоения могут проходить, а могут и нет. Биликевич считал, что устранение этих трех синдромов не приводит к излечению, так как хронический процесс остается. По мнению автора, "чистые" наслоения встречаются редко, чаще всего они носят смешанный характер, включая в себя кататоно-параноидную, кататоно-гебефреническую или паранондно-гебефреническую формы. Целостная клиническая картина зависит от продолжительности этих наслоений и выраженности основного процесса.

ФОРМЫ (типы) ШИЗОФРЕНИИ

Традиционные формы шизофрении влючали: простую, кататоническую, гебефреническую и параноидную. В DSM-IV выделяются следующие субтипы шизофрении:

— кататонический — диагностируется при выраженных кататонических симптомах независимо от присутствия других симптомов;

— дезорганизованный — диагностируется при дезорганизованных речи и поведении, уплощенном и неадекватном аффекте. Если присутствуют кататонические признаки, диагностируется кататонический субтип;

— параноидный — диагностируется при наличии бредовых идей и частых галлюцинаций;

— недифференцированный — входит в резидуальную категорию с симптомами активной фазы, не соответствующими критериям кататоническим, дезорганизованным или параноидным.

Резидуальный субтип диагностируется при наличии убедительных доказательств процесса с отсутствием критериев, характерных для активной фазы. Отсутствуют также продуктивные психотические симптомы, несмотря на наличие таких признаков заболевания, как социальный уход, замкнутость, эксцентрическое поведение, нелогичное мышление и легкое расслабление ассоциаций. Бредовые идеи при этом отсутствуют или не носят сколько-нибудь выраженного характера и не соответствуют эмоционально выраженным переживаниям. Резидуальный субтип характеризуется хроническим или субхроническим течением.

В МКБ-10 включены следующие формы шизофрении:

1)параноидная,

2) гебефренная,

3) кататоническая,

4) недифференцированная,

5)резидуальная,

6) простая,

7) постшизофреническая депрессия,

8) другие формы шизофрении,

9) шизофрения неуточненная.

Существует тесная связь между американскими руководствами по психиатрии и DSM-IV, что, в частности, находит отражение в иллюстрациях примерами одних и тех же клинических случаев. В представленных источниках психиатрической информации имеет место тенденция к сравнительному упрощению описания клиники субтипов (форм) шизофрении. Эта лаконичность контрастирует с европейской и особенно немецкой психиатрией, что находило отражение, например, в работе Leonhardt (1956). Так, анализируя, например, кататоническую форму, автор выделял шесть ее вариантов, к которым относятся:

1) проскинетическая;

2) негативистическая;

3) паракинетическая;

4) манерная;

5) форма с "готовностью к разговору";

6) форма с разговорной бедностью. Описание этих форм у Леонгарда носит достаточно подробный характер:

Паракинетическая кататония

Паракинетическая кататония обычно начинается с появления отдельных, как бы случайных добавочных движений, например, подергиваний плеча, ноги, головы. Может возникать кратковременное раскачивание всем телом. Типично мимолетное гримасничание, создающее впечатление, что пациент чем-то недоволен. Многие движения вообще носят псевдоэкспрессивный характер. В дальнейшем происходит значительное увеличение непроизвольных движений, напоминающих хореоподобные. Целенаправленные движения становятся резко угловатыми, отрывочными, лишенными какой-либо плавности. Речевая продукция аграмматична, во многом лишена смысла.

Манерная кататония

Манерная кататония протекает с нарастающим обеднением моторики, появлением застывания. Наряду с этим развиваются двигательные манеризмы, стереотипно повторяющиеся однообразные формы движений. Пациент застывает подолгу, как бы всматриваясь во что-то. Типичны отказы от пищи. Типично появление застывшей, напоминающей лукавую, улыбки. Эмоциональность сравнительно сохранена, пациентам свойственны обидчивость, проявления сердитости, грусти и печали. Нарушения мышления вначале не обнаруживаются, в дальнейшем

в тяжелых состояниях теряется гибкость, развиваются персеверации.

Негативистическая кататония

Для этой формы типичен негативизм. Пациент не выполняет просьб, не отвечает на вопросы, оказывает сопротивление любым попыткам сдвинуть его с места, изменить положение тела. При попытках заставить их что-либо сделать пациенты могут убегать, кричать, проявлять агрессию. Тем не менее, с пациентами можно вступить в неформальный контакт, они реагируют позитивно на дружелюбное, приветливое отношение. Негативистические признаки при этом смягчаются, но полностью не исчезают. Пациенты идут навстречу желаниям врача лишь наполовину, например, начинают протягивать руку, но тут же останавливаются. Возможны импульсивные действия. Эмоциональные расстройства выражены, возможно сексуальное возбуждение. Мышление сравнительно сохранено. Пациенты могут неожиданно делать меткие замечания, правильно оценивать отдельные ситуации.

Проскинетическая форма

Проскинетическая форма выражается в утрированной готовности пациента "идти навстречу" врачу, стимулирующему его внимание и желание к разговору. В противоположность явлениям, как правило, считающимся типичными для кататонии, во время которых пациенты протягивают руку в ответ на протянутую руку врача.

Возможна имитация движений врача с принятием заданной им позы. Неоднократное повторение врачом определенных действий с точностью имитируется пациентом. Имитация движений сочетается с невозможностью выполнять устные "приказы" врача. Таким образом, для пациентов характерна постоянная псевдоготовность к сотрудничеству. Мимика пациента в этот момент приобретает характер особой заинтересованности в том, что говорит врач, пациент "раскрывается", проявляя внешне живой интерес к происходящему. Однако эта реакция является поверхностной и быстрозатухающей. Попытка врача зафиксировать и удержать интерес пациента безрезультатна.

Поведение пациентов в дальнейшем проявляется часто в непонятном бормотании. Вслушивание в это бормотание позволяет установить наличие повторений отдельных фраз и словосочетаний. Речь пациента может быть тихой и почти неслышной, но, несмотря на это, вербализуемая пациентом информация доступна врачу. На фоне прослеживающегося смысла речи встречаются вербигерации. Во время собеседования происходит активация движений пациентов, они начинают теребить халат врача, потирать руки, манипулировать расположенными рядом предметами.

Инициатива пациентов ограничена. Они неразговорчивы, их психомоторная сфера замедлена, проявляясь в малом количестве движений и уплощенной аффективности. Характерно пребывание в состоянии беззаботной удовлетворенности, которое может сменяться рассерженностью и агрессивностью, сопровождающейся нецензурной бранью. Проявляемая больными агрессивность обычно быстро затухает и не представляют большой опасности для

окружающих.

Форма с готовностью к разговору

Спонтанная разговорчивость у пациентов с кататони-ческой формой шизофрении отсутствует, как правило, они малоразговорчивы. В условиях стимуляции извне, несмотря на готовность к разговору, у них проявляется симптом "мимоговорения", считающийся наиболее существенным признаком диагностики этой формы кататонической шизофрении. Своеобразие этого симптома заключается в том, что пациенты дают правильный ответ на простой вопрос, но более сложный и окрашенный эмоционально вопрос может вызвать у них резкий негативизм. Анализ ответов приводит к выводу о том, что они включают явления, "лежащие на поверхности" и отражающие также аутистические переживания пациентов. При продолжении такого вербального "контакта" пациенты возвращаются к недавно сказанным ими словам, возникает явление, напоминающее персеверацию, хотя, на самом деле оно, очевидно, отражает внутренние переживания. Высказывания пациентов могут включать в себя как внешние ассоциации, связанные с тем, что они в данный момент видят, так и жалобы на состояние здоровья. Возможны неясные, необычные связи между понятиями с использованием неологизмов. Вопрос, задаваемый пациентам, является коротким импульсом к разговору, которого хватает очень ненадолго, поэтому после определенного промежутка времени пациент "истощается" и продуцирует короткие, аграмматические ответы, не образующие предложений. Таким образом, патологическая готовность пациента к говорению возникает только при условии постоянного его стимулирования и проявляется в ответах пациентов на заданные вопросы. Пациенты с нестимулированной способностью к говорению замкнуты, скованы, неразговорчивы, действия их замедлены, закрепощены, мимика невыразительна, интерес к окружающим потерян.

Форма с затруднением говорения

Эту форму называют инертной или медлительной, проявляющейся на ранних стадиях в затрудненном речеобразовании, переходящем в дальнейшем в отсутствие речи. Эта форма характеризуется шептанием пациентов, прослеживающимся лишь по движению их губ. В момент пребывания в возбужденном состоянии они говорят громче, как бы сами с собой, производя впечатление лиц, отвечающих на голоса. Возможен переход на крик, который может сопровождаться жестикуляцией. В ранней стадии заболевания имеют место галлюцинации, чаще фантастического характера, провоцирующие возникновение у специалистов мыслей о фантастических конфабуляциях. Тематика галлюцинаций, включающая в себя путешествия и космические явления, о которых пациенты ярко и образно рассказывают, носит быстрозатухающий характер. В дальнейшем она, возможно, и присутствует, но этот факт нельзя установить, так как пациенты об этом уже не говорят.

Параноидный тип

Заболевание развивается обычно в возрасте 25-40 лет, когда уже сформирована идентичность и имеются достаточные ego ресурсы. Согласно DSM-IV, для этого типа особенно характерны бредовые идеи преследования и величия. Пациенты напряжены, подозрительны, могут проявлять сдержанность, а также враждебность и агрессивность. Регрессия психических функций мало представлена. Имеет место хорошая социальная компенсация. В рамках параноидных Леонгард выделяет ипохондрическую, конфабуляторную, экспансивную, аутистическую и инкогерентную парафрении. Остановимся на описании некоторых из них.

Аутистическая парафрения

Специфика этой формы заключается в замкнутости, малой контактности пациентов, сводящих общение с другими к минимуму. Такие люди живут для себя. Ограничение контактов приводит их к ведению ночного образа жизни, во время которого шанс встретиться с кем-то при выходе на улицу сравнительно невелик. Встретив знакомого, они отворачиваются, делая вид, что не замечают его. Лица, страдающие аутисти-ческой формой, постоянно озабочены разнообразными мыслями, им свойственно искаженное представление о реальности бредового характера, что может принимать социально опасный оборот в связи попытками таких людей к гетеро- и аутоагрессивным актам. Своеобразная реактивность, проявляющаяся в наличии у пациентов "болезненных точек", к которым нельзя прикасаться, выражается в их неожиданно резкой реакции на сравнительно незначительные события. Состояние пациентов трудно диагностировать, их мимика непроницаема, что способствует созданию у окружающих обманчивого впечатления эмоционального безучастия, под реальной маской которого иногда скрывается нераспознанная агрессия. Аффективные изменения проявляются у таких лиц в форме раздражительности, выраженного недовольства и легко возникающей агрессивности. Для них характерны попытки ухода от вербального контакта. Их ответы на вопросы коротки и лаконичны, без проявления интереса к поддержанию разговора. Несмотря на это, такие лица могут выполнять достаточно сложные виды производственной деятельности.

Невозможность "достучаться" до пациента, понять его ни на вербальном, ни на эмпатическом уровне специалисты сравнивают с ощущением непреодолимого препятствия, стекла, отграничивающего пациента от окружающих.

Преобладающим эмоциональным состоянием пациентов является угрюмость, мрачность и серьезность, сочетающаяся с недовольством. В течение длительного времени такое состояние может расцениваться как характерологическая особенность человека до тех пор, пока его поведение не приведет к неприятным социальным последствиям. Возможны обманы восприятия в виде псевдогаллюцинаций, сопровождающихся появлением агрессивности, раздражительности и злобности.

Фонемическая парафрения

Фонемическая форма, выделенная Леонгардом, соответствует старому понятию "прогрессивный галлюциноз" Kleist. Эта форма характеризуется жалобами больных на голоса (слуховые галлюцинации) и относится к самой мягкой форме шизофрении. В течение

длительного времени пациент разграничивает галлюцинации с реальностью не в смысле критичности к ним, а в плане их отнесения к некой "второй реальности", в которой он живет параллельно с первым, реальным миром. Слуховые галлюцинации носят более выраженный характер во время пребывания пациента в одиночестве, в вечерне-ночной период. Некоторым пациентам удается скрывать наличие галлюцинаций в течение длительного времени, и они воспринимаются окружающими как лица, у которых отсутствуют какие бы то ни были нарушения. На фоне галлюцинаций, которые могут усиливаться, возникают идеи отношений, преследования. Характерно, что голоса, которые слышат пациенты, для них чувственно близки. Голоса отражают материал, репрессированный в подсознание и свидетельствующий об эмоционально значимых для человека вещах. Пациенты мысленно комментируют их, размышляют на эти темы.

Фонемическая шизофрения может начаться не только с голосов, но и с разных шорохов, постукиваний за стеной и пр. Например, человек начинает слышать регулярный легкий стук за стеной, у него появляется мысль о работе печатной машинки, что успокаивает, но ненадолго, сменяясь размышлениями о том, зачем, например, соседу понадобилось печатать ночью. Появляются слуховые галлюцинации, которые могут подтверждать идеи преследования.

Содержание галлюцинаций носит неприятный характер, раскрывая неприемлемую для ego информацию, которая присутствует в подсознании, но обычно вытесняется. Происходит своеобразное "раскрытие" человека, отрицательно им воспринимающееся в связи с тем, что это делают за него "другие". Такое раскрытие рождает у человека ряд вопросов, создает патологическую концепцию отношений с окружающим миром.

При этой форме шизофрении мышление в повседневной жизни и разговорах остается ненарушенным, аффективность сохранена.

Дезорганизованный субтип

Эта форма шизофрении характеризуется регрессией к примитивному, дезингибированному неорганизованному поведению. Пациенты при этом часто проявляют активность, носящую неконструктивный, бесцельный характер. Их контакт с реальностью чрезвычайно беден. Страдающие такой формой шизофрении не придают значения своему внешнему виду и социальному поведению, не соблюдая общепринятых этических норм. Эмоциональные реакции характеризуются неадекватностью, например, громким смехом или слезами без видимой причины и в неподходящей для этого ситуации. Мимические реакции часто сопровождаются неадекватным гримасничанием. Эмоциональное уплощение может сочетаться с элементами слегка повышенного настроения, носящего неестественный, дурашливый характер с неуместными улыбками и неприятным хихиканием.

Резидуальный тип

Диагноз резидуального типа, согласно DSM-IV, возможен в тех случаях, когда в анамнезе имел место, по крайней мере, один шизофренический эпизод, но в клинической картине

отсутствуют выраженные психотические симптомы, хотя и обнаруживаются признаки болезни. Наблюдается эмоциональное уплощение, уход от социальной активности, необычное эксцентричное поведение. Возможно нарушение логического мышления. Течение заболевания носит хронический или субхронический характер. В современных руководствах встречается термин "симптоматическая шизофрения", подразумевающий вторичность симптомов, свойственных шизофрении и возникающих на органическом фоне. Этот фон может включать в себя, например, органические заболевания головного мозга (психоорганический синдром), энцефалиты, состояние, вызванное злоупотреблением различными веществами, послеоперационный, послеродовый периоды. Иногда симптоматическая шизофрения протекает в рамках височной эпилепсии со сложными парциальными припадками.

ПРОГНОЗ ШИЗОФРЕНИИ

Согласно DSM-IV, к признакам хорошего прогноза шизофрении относятся следующие:

1) позднее начало;

2) очевидные провоцирующие факторы, например, интоксикация ЛСД;

3) острое начало;

4) хороший преморбидный социальный и профессиональный анамнез, продуктивные межличностные отношения;

5) аффективные симптомы;

6) состояние в браке;

7) наличие в семейном анамнезе данных о способности пациента к отчетливым переменам настроения;

8) наличие системы социальной поддержки;

9) наличие положительных симптомов. К признакам плохого прогноза относятся:

1) развитие заболевания в молодом возрасте;

2) отсутствие явных предрасполагающих факторов;

3) постепенное незаметное начало;

4) плохой преморбидный социальный, сексуальный и профессиональный анамнез;

5) уход в себя до болезни, аутистическое поведение, выраженная интровертированность. Этот признак аналогичен признаку, выделенному Кречмером, который отмечал, что если шизофренический процесс развивается у лиц с шизоидной конституцией, он протекает значительно тяжелее и с менее выраженной компенсацией по сравнению с развитием процесса у лиц с циклоидной конституцией, имеющих хорошую способность к компенсации шизофренических негативных признаков;

6) отсутствие семьи;

7) шизофрения в семейном анамнезе;

8) слабая социальная система поддержки или ее отсутствие;

9) наличие негативных симптомов;

10) наличие микроорганических неврологических знаков, например, перинатальной травмы в анамнезе, наличие агрессивности до начала заболевания;

11) отсутствие ремиссий в течение нескольких лет или частые рецидивы заболевания.

Результаты проведенного Всемирной организацией здравоохранения исследования (1979) "Детерминанты исхода тяжелых психических расстройств" в десяти экономически развитых и менее развитых странах обнаружили значительные транскультуральные различия в симптоматологии шизофрении. Наиболее часто диагностированным субтипом была параноидная шизофрения, на втором месте находилась недифференцированная шизофрения. В менее развитых обществах наиболее часто встречалась так называемая острая шизофрения, на втором месте находилась параноидная шизофрения. Кататоническая шизофрения встречалась в 10% случаях в менее развитых странах и в редких случаях в развитых обществах. Недифференцированная форма диагностировалась в 13% случаях в экономически развитых обществах и в 4% случаев в менее развитых обществах. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлена разная симптоматология шизофрении в разных культурах.

В исследовании было отмечено, что в менее развитых обществах болезнь протекает более доброкачественно, с менее выраженными социальными нарушениями. Доброкачественность течения шизофрении не зависит от ее природы, от начала заболевания и от того, какими признаками оно сопровождается. Это явление особенно наглядно выступает в наименее развитых в экономическом отношении странах, например, в Нигерии. Для пациентов менее развитых стран характерно более благоприятное течение и лучший исход заболевания по сравнению с пациентами развитых стран, таких, как США, Соединенное Королевство и Дания (Castillo, 1998).

Эти данные подтверждены работами Leff с соавторами (1992), которые обнаружили, что в экономически развитых странах только у 25% пациентов регистрировались 2 категории наиболее благоприятного исхода болезни, а 65% случаев относились к двум наиболее неблагоприятным категориям исхода.

По данным Sartorius с соавторами (1986), в экономически мало развитых странах 39% пациентов относились к категориям лучшего исхода. Полное выздоровление от болезни хотя и регистрируется в экономически развитых странах (Mc Glashan 1988), но чаще встречается в экономически менее развитых странах.

Социальные нарушения отсутствовали у 43% пациентов развитых стран, 56% пациентов проявили нарушения средней и тяжелой степени. И наоборот, в менее развитых странах 65% пациентов не проявили социальных нарушений и в 33% случаев были обнаружены нарушения средней или тяжелой степени. Аналогичные данные получены во многих слаборазвитых странах — Шри-Ланка (Mendis, 1986).

Susser и Wanderting (1994) обнаружили, что количество случаев неаффективных психозов

(шизофрения и близкие к ней состояния) с острым началом и полным выздоровлением у мужчин и женщин менее развитых стран в 2 и в 10 раз, соответственно, выше по сравнению с мужчинами и женщинами развитых стран. Полученные данные свидетельствуют о том, что шизофрения и эндогенные психозы имеют более благоприятные течение и исход в менее развитых странах.

Количество случаев заболевания шизофренией значительно выше в экономически развитых обществах, по сравнению с сельскохозяйственными обществами. Lewis с соавторами (1992) подчеркивали, что шанс развития шизофрении выше у лиц, проживающих в городах, по сравнению с теми, кто воспитывался и проживает в сельской местности. Причины выявленных различий до конца не выяснены, но, тем не менее, автором обращается внимание на особую значимость социальных отношений и различия между социоцентрическими и эгоцентрическими обществами.

Brown с соавторами (1962) предложили концепцию выраженных эмоций (концепция эмоциональных экспрессии), описывающую влияние семьи на больного шизофренией. К негативным экспрессивным эмоциям относятся такие эмоции, как критика, враждебность, отрицательная эмоциональная сверхвключенность, направленная на пациента со стороны членов семьи. Многочисленные исследования показывают, что больные шизофренией, сталкивающиеся в семьях с высоким уровнем эмоциональных экспрессии, дают большее количество рецидивов заболеваний (Yenkins 1992). Уровни эмоциональных экспрессии в семьях больных шизофренией имеют разную степень представленности в разных культурах. Так, например, в Индии уровень эмоциональной экспрессии семей самый низкий и составляет 23%. Мексиканцы, живущие в США, характеризуются уровнем, равным 41%, британцы — 48%, англичане, живущие в США, — 67% (Wig с соавторами, 1987). Эти данные подтверждают гипотезу о том, что поведенческие факторы внутри семьи влияют на течение и исход шизофрении в разных культурах. Низкий уровень эмоциональной экспрессии, очевидно, является одной из причин более благоприятного течения шизофрении в экономически менее развитых странах, носящих название социоцентрических. Чувство благополучия человека, живущего в такой стране, и чувство его личностной идентичности концентрируется в области широкой семьи, включающей в себя большее количество родственников, способных позаботиться о нем. Больной человек, являющийся членом такой семьи, имеет больше поддержки, заботы и внимания и меньше агрессивности и враждебности по сравнению с пациентами, живущими в эгоцентрическом обществе (Kama, Yenkins 1993). В малой, ядерной семье, свойственной эгоцентрическим обществам, больной находится в большей изоляции, проявляя симптомы патологической интроверсии и аутизма. Окружающие его члены семьи не обращают внимания на его проблемы до тех пор, пока у человека не возникают серьезные социальные нарушения. Такой аутистический уход в себя прогрессирует до тех пор, пока его не заметят. И наоборот, эти изменения быстрее замечаются в социоцентрической семье, быстро ею идентифицируются, результатом чего являются принимаемые для выздоровления меры.

Египетский психиатр El-Islam (1979) отмечал, что исход болезни зависит от того, в рамках какой системы ценностей живут люди. Автор имел в виду "классическую" или современную систему ценностей. Например, в семьях ряда африканских стран, живущих в рамках ранних

систем ценностей, факт наличия симптомов болезни концептуализируется в таких категориях, как, например, колдовство и овладение демонами. Это явление чрезвычайно важно, так как в такого рода случаях причина заболевания оказывается внешней по отношению к пациенту. Окружающие его люди считают, что больного сглазили, он оказался под влиянием колдуна, шамана или злого духа. А это значит, что человек не отвечает за то, что он заболел. Это не его вина. Он подвергся воздействию враждебной внешней силы. Таким образом, он не несет ответственности за свое поведение и за возникновение болезни. В связи с оценкой причины заболевания как внешней силы, предполагается, что, во-первых, лечение может быть простым, а во-вторых, заболевание не должно быть длительным и хроническим, а кратковременным (Waxier 1979). Существует меньшая вероятность того, что существующие в таких семьях враждебность, критика и отрицательное отношение со стороны семьи будут направлены на пациента, по сравнению с семьями, руководствующимися в данном вопросе другими принципами.

Шизофрения в современном эгоцентрическом обществе (Англия, США) квалифицируется как внутреннее, часто неизлечимое заболевание. Концепция болезни, существующая в данных обществах, находится в рамках биомедицинской парадигмы. Общество ждет от каждого человека самодостаточности и независимости, предъявляя к нему большие требования. Неадекватность заболевшего и нарушение им определенных правил приводит к тому, что в таких семьях на больного направляется "поток" достаточно жесткой эмоциональной экспрессии. Высокий уровень отрицательной эмоциональной экспрессии, являясь характерным культуральным фактором, усиливает враждебность по отношению к пациенту. Несмотря на то, что враждебность часто носит скрытый характер и представлена на подсознательном уровне, в любом случае она оказывается одним из негативных психологических факторов, способствующих неблагоприятному течению и прогнозу шизофрении в современном обществе.

Шизофрению следует дифференцировать от шизоаффективного расстройства. Шизоаффективное расстройство включает в себя нарушение, при котором эпизоды нарушения настроения и симптомы активной фазы шизофрении возникают вместе и им предшествуют, или за ними следуют, по крайней мере, две недели бредовых идей или галлюцинаций без выраженных нарушений настроения.

Описание шизоаффективных расстройств встречается у немецких психиатров (Леонгард) при рассмотрении психоза тревоги и психоза счастья. Выделяются:

— депрессия бедности эмоционального участия,

— депрессия с идеями отношения,

— ипохондрическая депрессия,

— депрессия самомучения.

Эйфорические расстройства встречаются значительно реже и включают в себя:

— эйфория с конфабуляциями,

— ипохондрическая эйфория,

— эйфория бедности эмоционального участия. Очевидно, эти расстройства лучше

рассматривать в рамках аффективных нарушений или шизоаффективных расстройств, но не шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

Банщиков В. М. С. С. Корсаков. —Москва, 1967.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение. Психотерапия и ее значение в лечении.—СПб., 1911.

Воронцова К. А. Малопрогредиентная шизофрения и циклотимия с фобическими проявлениями: Автореф. дисс. канд. мед. наук—М., 1988.

Гольденберг М. А. Воспроизведение некоторых симптомов атропинового "психоза" у животных и его значение // Воспроизведение некоторых симтомов атропинового "психоза" у животных под ред. М. А. Гольденберга.—Новосибирск, 1957.

Голъденберг М. А. Некоторые общие вопросы экспериментального акрихинового "психоза" у животных // Воспроизведение синдромов акрихинового "психоза" у животных под ред. М. А. Гольденберга.—Новосибирск, 1961.

Гольденберг М. А., Короленко Ц. П. Алкогольные психопатологические синдромы у животных в эксперименте // Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. —1963. —№ 12.

Горчакова Л. М. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств: Автореф. дисс. канд. мед. наук—М., 1989.

Дмитриева Н. В., Мельникова М. М. Психодиагностика, коррекция и профилактика неврозов и пограничных личностных расстройств. — Новосибирск: Изд-воНГПУ, 1998.

ДлштриеваН. В. Психосинергетика.—Новосибирск: Изд-воНГПУ, 1998. *Жиспин С. Г.* Об алкогольных расстройствах. — Воронеж, 1935.

Завьялов В. Ю. Терапевтические трансы в рутинных медицинских процедурах.—Новосибирск, 1995.

Карев А. Новые законы — старые проблемы. Русская мысль. Права

человека.—Париж.—1998.—№4218.—С. И. *Корнеева К.* Репрессивный закон против наркотиков. Русская мысль.

Права человека.—Париж.—1998.—№4218.—С. И.

Короленко Ц. П., Волков П. П., Евсеева Т. А., Шматько Н. С. La psychopathologic experimentale et sa signification pour la recherche clinique et la pathogenic des psychoses exogenes. — L'evolution psychiatrique. —1966. —Paris. — № 31.

Короленко Ц. П., Евсеева Т. А., Волков П. П. Data for a comparative account of Toxic Psychoses of various aetiologies // British Journal of Psychiatry.—1967.— Vol.-115.-P.520.

Короленко Ц. П., ДиковскийА. А. The clinical classification of alcoholism Anali Zavoda za Mentaino Zdravlje. — Beograd, 4.1., 1972.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.

Ливень Б. Н. Предпосылки и перспективы развития экологической психиатрии и экологическая психиатрия. Необходимость формирования и перспективы развития нового направления в науке. — Барнаул.—1991.

МКБ-9: Международная классификация болезней, издание 9, раздел 5 "Психиатрические нарушения", адаптированная для использования в СССР—Москва, 1982.

Павлов И. П. Психопатология и психиатрия, избранные труды. — Москва, 1964.

РозенштейнЛ. М. О современных психиатрических течениях в Советской России. "Психологические и неврологические исследования". Розенштейн Л. М. (ред.). —Москва, изд-во Наркомздрава РСФСР—1928.

РотштейнГ.А. Ипохондрическая шизофрения.—Москва, 1961. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. — М.:

Медицина, 1983.—Т.1-2.

Салина Е. Вчера в России начали сажать больных... Комсомольская правда. —16 апреля 1998 г. № 71.

Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга // Избранные философские и психологические произведения. — М., 1947.

Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния.—М.: Медицина, 1987.

Снежневский А. В. Шизофрения: клиника и патогенез. —М.: Медицина, 1983.

Столяров Г. В. Лекарственные психозы и психомиметические средства. —М.: Медицина, 1967.

Шевченко. Закон о наркотиках и психоактивных веществах. Комментарий.—Российская газета.—1998.—№15.01.—С. 1.

ШерешевскийА. М. Загадка смерти Бехтерева. Обозрение Института психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. —1991. — № 3.

Шизофрения. Клиника и патогенез /Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1969.

ЭткиндА. Эрос невозможного. История психоанализа в России. — М.: Гнозис; Прогресс-Комплекс. —1994. — С. 114.

Abbey S. E., GarfinkelP. E. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome:

The role of culture in the making of a diagnosis // American Journal of Psychiatry.—1991.—Vol. 148.—P. 1638-1646.

AdIerA. Understanding Human Nature. — New York: Fawcett. 1927. *AdIerA.* Social Interest: A Challenge to Mankind. —N.Y: Capricorn, 1964.

Adier A. Cooperation between the sexes; Writings on women and men, love and marriage, and sexuality. —N.Y.: Norton, 1978.

Adier A. The Fundamental Views of Individual Psychology. —Individual Psychology. —1982. — Vol. 38. —P. 3-6. *AinsworthM.D.,BleharM. C., Waters E., WallS.* Patterns of attachment:

a Psychologocal Study of the Strange Situation, Hilsdale. — N.Y.,

Eribaum, 1978. *Akiskal H. S.* Towards a definition of dysthymia: boundaries with personality and mood disorders // Burton S. W., Akiskal H. S.

Dysthymia disorder. — London: Gaskell. — P. 1 -12.

Allport G. W. The Nature of prejudice Cambridge, Mass,: Addison-Wesley.-1958.-P.543.

Altman K., Rule W. The relationship between social interest, dimensions of early recollections and selected councelor variables // Journal of Individual Psychology. —1980. — Vol. 36. —P. 227-334.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2rd. Ed. — Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1968.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd. Ed. — Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd. Rev. Ed. — Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1987. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. Rev. Ed. — Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1994. *Amman G.* Dynamic Psychiatry and Human Structurology / Varma V. K., Kulhara P., a. oth // Social Psychiatry. A Global Perspective. — 1998.

—P. 22-27. *Andreasen N. C.* The broken brain / The biological revolution in psychiatry.— N.Y.:HasperRow, 1984.

AnsbacherH. L., Ansbacher R. R. The individual psychology of Alfred Adier.—N.Y: Harper Torchbook, 1956.

ArnowD., Harrison R. Affect in early memories ofborderline patients a Journal of Personality assessment. — 1991. — Vol. 56. — P. 75-83.

Arthur R. J. Psychiatric syndromes in prisoners of war and concentration camp survivors / C. T. Fiemann., R. A. Faguet (Eds.) // Extraordinary disorders of human behavior. —N.Y: Plenum, 1982. — P. 47-63.

Ash S. E. Opinions and Social pressure Scientific American. — 1955, November.—P. 31-35.

BakR. C. Masochism in Paranoia IfPsychoanalyt. Quart. — 1946 — Vol 15.—P. 285.

Baldwin D., Rudge Sh., Thomas S. Dysthymia Options in Pharmacotherapy // CNS Drugs. — 1995. — Vol. 4(6). — P. 422-431.

Balint A. Love for the mother and mother love / Primary Love and Psychoanalytic Technicue // Balint M. (Eds.) Hogarth Press London.-1939.-P. 109-127.

Balint M. Character analysis and new beginning / Primary Love and Psychoanalytic Technicue // Balint M. (Eds.) Hogarth Press London.-1952.-P. 159-173.

Balint M. The Basic Fault // Classics in Psychoanalysis. Brunner / Mazel.—N.Y, 1979.

Balint M. The Basic Fault. Evanston, Illinois,: Northwestern University Press, 1994.

Barlow D. N. Anxiety and its disorders // The nature and treatment of anxiety and panic.—N.Y: Gulford Press, 1988.BaumeisterR. Suicide as escape from self// Psychological Review. — 1990. — Vol. 97. — P. 90-113.

Beard G. M. A Practical Treatise on Nervous Exhaustion. — N Y -Wm Wood a Co, 1880.

.8en.s/ie;/.DieK.Z.Neuroseverfolgter//DerNervenarzt —1960 — Vol.31.—P. 462^69.

Bensheim H. Die K. Z. Neurose rassische Verfolgter: Ein Beitrat zur Psychopathologie der Neurosen // Der Nervenarzt. — 1960 — Vol 31.—P. 462-469.

Berman E. Multiple personality: psychoanalytic perspectives // International Journal ofPsychoanalysis.—1981.—Vol.62.—P.283-300.

Bettelheim B. The uses of enchantment // The meaning and importance of fairy tales.—N.Y: Knopf, 1976.

Biderman A. D., ZimmerH. The Manipulation of Human Behaviour— N.Y.:Wiley—P.51-95.

Bilikiewicz T. Psychiatna Kliniczna // PZWL. — Warszawa, 1960. *BlumeE. S.* Secret Survivors. —N.Y: John Wiley a. Sons Inc. 1990.

Boehnlein J. K. The process of research in posttraumatic stress disorder // Perspectives in Biology and Medicine. — 1989. — Vol. 32. — P. 455-465.

Boehnlein J. D., SparrL F. Group therapy for WWII ex — POW's: Long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population //American Journal of Psychotherapy. — 1993. — Vol. 47. — P. 273— 282.

Perspectives in Biology and Medicine.—1989.—Vol. 32.—P. 455-465. *BoryM. J.* The God We Never Knew. — San Francisco: Harper, 1998.

Braginsky B. M., Grosse M., Ring K. Controlling Outcomes through Impression Management: an experimental study of the manipulative tactics of mental patients // Journal of Consulting Psychology. — 1966.—Vol.30.—P. 295-300.

Braginsky B. M., Braginsky D. D., Ring K. Methods of madness // The

Mental Hospital as a last resort / Lanham M. D. — University Press of

America, 1982. *BreuerJ., FreudS.* Studies an Hysteria. —N.Y.: Basic, 1957.

Brown G. E., Monck E. et al. Influence of family life on the course of schizophrenic illness // British Journal of Prevention and Social Medicine.—1962.—Vol. 16.—P. 55-68.

Bruhn A. R. The Early Memories Procedure. A projective test of autobiographical memory // Journal of Personality Assessment. — 1992.—parti.—Vol.55.—P. 95-114;Part2.—Vol.58.—P.326-346.

BuchlerR., Griffin D. Change of meaning effects in conformity and dissent:

Observing construal processes over time // Journal of Personality and Social Psychology. —1994. —Vol. 67. —P. 984-996 (P. 237).

Galloway P. Soviet and Western Psychiatry.—Keighley, Motor Press, 1992.

Cameron N. The Paranoid Pseudo-Community // Am. J. Social. —1943. —

Vol.49.-P.32. *Cameron D. E., Levy L., Ban T., Rubenstein L.* Sensory deprivation effects upon the functioning human in space systems / Flaherty B. E.

(Ed.) // Psychophysiological aspects of Space Flights. — N.Y.:

Columbia University Press, 1961. — P. 225-237. *Campbell R. J.* Psychiatric dictionary. Fifth Edition. — N.Y.: Oxford University Press, 1981.

Castillo R..J. Divided consciousness enlightenment in Hindu yogis If Anthropology of Consciousness.—1991.—Vol.2.—P. 1-6.

Castillo R. J. Culture and mental illness // Pacific Grove. — Brooks / Cole Publishing Company, 1996.

Cathebras P. Du "bum out" an "syndrome des yuppies": Deux avaturs moderes de la fatigue // Scienses Sociales et Sante. —1991. — Vol. 9. — P. 65-94. *Chapman A. N.* Textbook of Clinical Psychiatry. — Philadelphia. Toronto: Lippincott, 1976.

ChodoffP. Psychiatric aspects of Nazi persecution // S.Arieti (Eds.) —

American Handbook of Psychiatry (second Ed.). — N.Y.: Basic

Books,—1975.—P. 932-946. *Clans P. J.* Medical anthropology and the ethnography of spirt possession

/Contributions to Asian Studies. —1983. —Vol. 18. —P. 60-72.

Cloninger S. C. Theories of Personality. Prentice Hall. — N.Y., 1996.

Crandall J. E. A scale for social interest a Individual Psychology. — 1991.-Vol.47.-P. 106-114.

Crow // Oxford Textbook of Psychiatry / Gelder M., Gath D. Mavou R (Eds.). — Oxford University Press, Second Edition, 1980.

Davidov S., Bruhn A. R. Earliest memories and the dynamics of delinquency //Journal of Personality assessment.—1990.—Vol.54.—P. 601-616.

Desjarlais R., EisenbergL., Good B., KleinmanA. World Mental Health:

Problems and priorilies in low-income countries. — N.Y: Oxford Univercity Press, 1995.

Dehio W. Untersuchungen ueber den Einfluss des Coffeins und Thees aufdie Dauer psychische Vorgaenge. —Dorpat, 1887.

Dennis P. A. Grisi siknis in Miskito culture / In R. C. Simons., C. C.Hughes (Eds.) The culture-bond syndromes: Folk illnesses of American psychiatric and anthropological interest. — 1985. —P. 289-306.

Deutsch M., Gerard H. A study of normative and informational social influence upon individual judgment // Journal of Abnormal and Social Psychology.—1955.—Vol. 51.—P. 629-636.

Dinkmeyer D., McKay. Systematic training for effective parenting. — Circle Pines. —MN: American Guidance Service. 1976.

DiNardo P. A., Barlow D. N. Syndrom and Symptom comorbidity in the anxiety disorders / J. D. Maser., C. R. Cloninger (Eds.) // Comorbidity of mood and anxiety disorders. — Washington, D. C.: American Psychiatric Press. —1990. —P. 205-230.

DoncelJ. Philosophical Anthropology.—N.Y, 1967.

Dreicurs R. Fundamentals ofAdlerian Psychology. Chicago. — Alfred Adier Institute.—1950.

Diirkheim E. Le Suicide-etude de sociologie. — Paris. 1878. Eitinger L. The incidence of mental disorders among refugees in Norway // Journal of Mental Science.-1959.-Vol. 105. —P. 326-338.

Eitinger L. The symptomatology of mental disease among refugees in Norway // Journal of Mental Science. — 1960. — Vol. 106. — P. 947-966.

Eitinger L. The concentration camp syndrome and its late sequellae / In J. Dimsdale (Ed). — Survivors, victims and perpetiators // Essays on theNari Holocaust. —Washington, D. C.: Hemisphere. —1980.

EbertD., Martus P. Somatization as a core symptom of melancholic type depression: Evidence from a cross-cultural study //Journal of Affective Disorders. — 1994. — Vol. 32. — P. 253-256.

Elits H. J. Narzissmus und Selbstpsychologie. — Fuldaner Verlagsanstalt. Tubingen, 1998.

El-Islam M.F.A better outlook for schizophrenics living in extended families If British Journal of Psychiatry. — 1979. — Vol. 135. —P. 343-347.

El-Islam M. F. Cultural aspects of morbid fears in Quatari Women // Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 1994. — Vol. 1. — P. 26-31.

Elliott D., Americaner M., Swank P. Early recollections and vocational Preference Inventory as predictor of vocational choice // Individual Psychology. —1987. —Vol. 43. —P. 353-359.

Elliott J. E. Compensatory buffers depression and irrational beliefs /I Journal of cognitive psychotherapy.— 1992.—Vol. 6.—P. 175-184.

Eysenck H. J. Genetic and environmental contributions to individual differences / The three major dimensious of personality // Journal of Personality.—1991.—Vol.58.—P. 245-261.

Fairbairn W. R. D. The Repression and the return of bad objects // An object relations theory of personality. —N.Y: Basic Books, 1952.

Fairbairn W. R. D. Steps in the development of an object-relations theory of personality // Psychoanalytic Studies of the personality/ Fairbairn WRD (Eds.).— London: Tavistock, 1952.—P.152-161.

Farmer J. D. Dimension, Fractial Measures, and Chaotic Dynamics /

Evolution of Order and Chaos in Physics // Chemistry and Biology. —

Berlin,—1982. *Feiring C.* Behaviour styles in infancy and adulthood //American

Journal of Psychoanalysis. —1984.— Vol.44.— P. 197-208.

Ficarotto T. Y. Racism, Sexism and Erotophobia: attitudes of heterosexuals towards homosexuals // Journal of Homosexuality. — 1990. — Vol. 19.—P. 111-116.

FinkelhorD. The sexual abuse of children / Current Recearch Reviewed //Psychiatric annals.—1987.—Vol. 17.—P. 233-241.

Fleck S. Dehumanizing developments in American psychiatry in recent

decades // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1995. — Vol.

183.—P. 195-203. *Fliring C.* Behavioral styles in infancy and adulthood //American

Journal ofPsychoanalysis. —1984. —Vol. 44. —P. 197-208.

Fontana A. F., KleinE. B., Lewis E., Levine L. Presentation of self in mental illnises // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1968.—Vol.32.—P. 110-119.

Franki V. E. Man's search for meaning. Press, 1969.

N.Y., Washington: Square

Freed R. S., Freed S.A. Ghost illness in a north Indian village // Social Science and Medicine.—1990.—Vol.30.—P. 617-623.

Freud S. Farther Remarks on the Defense Neuro-psychoses, In collected Papers.—New York: Basic, 1896.—Vol. l.—P. 115-182.

Freud S. On narcissism: an introduction // The standart Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud. — London,:

Hogarth Press, 1957.—Vol. 14.—P. 09-104.

Freud S. The Ego and the Id. — London: Hogarth, 1927. 450

Freud S. The forgetting of dreams / The standart Edition of the Complete Psychological Works ofS. Freud. — London: Hogarth Press, 1953. — VoL5.-P.521.

Freud S. A Collection of Critical Essaus / Ed. By R. Nolheis. —N.Y, 1974. *Fromm E.* Escape from Freedom. — New York: Farraz, Rinehart, 1941. *Fromm E.* Man for Himself. N.Y: Rinehart, 1947.-*Fromm E.* The Crisis ofPsychoanalysis. —N.Y, 1970.

Fromm E. The Anatomy of Human Destructiveness. — New York: Holt, Rinehart, Winston, 1973.

Fromm E. Greatness and Limitations of Freud's Thought. —N.Y, 1980.

GarfmkelP. E. Neurasthenia and chronic fatigue Syndrome: The role of culture in the making of a diagnosis // American Journal of Psychiatry.—1991.—Vol. 148.—P. 1638-1646.

Gill M. The analysis of the transferense // Journal of the American Psychoanalytic Association. —1979. —P. 263-288.

Gittelman-Klein R., Klein D. F. Controlled imipramine treatment of school phobia.// Archives of General Psychiatry. —1971. — Vol.25. — P.204-207.

Gong-Guy E. California Southeast Asian mental health needs assesment. Oakland // CA: Asian Community Mental Health Services / California State Department of Mental Health, 1987.

GralnickA. Folio a Deux / The Psychosis of Association // A Review of Cases and the Entire English Literature. Psychiatric Quaterley. — 1942.—Vol. 16.—P. 230-263.

Greever K., Tseng H. S., Friedland B. U. Development of the social Interest Index // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1973.—Vol.41.—P. 454-458.

Greenson R. The Technique and Practice of Psychoanalysis. — N.Y. International Universities Press, 1967.—Vol. 1.

Gregory J. Husbands and Wives Admitted to Mental Hospital // Journal of Mental Science. — 1959. — Vol. 105. — P. 457-462.

HaffnerH., SchmidtkeA. Do televised fictional suicide models produce suicides? // D. R. Pfeffer. — Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention Washington. D. C. American Psychiatric Press — 1989.—P. 214.

Haffner H., Schmidtke A. Selbstmord durch Femsehen a H.Hafher. — Psychiatric. — Ein Lesebuch fur Fortgeschrittens. — Vena: Ficher Verlag,1991.

Hall C. S., Nordby V.J. A Primer ofJungian Psychology. —N.Y: Mentor Books, 1973.

Hamon S. A. Some contributions ofHorneyan theory to enhancement of the type A behavior construct //American Journal of Psychoanalysis. — 1987.—Vol.47.—P. 105-115.

Hartrfiann N. Teleologisches Denken.—Berlin, 1951.

Helson R., Picano J. Is the traditional role bad for women? // Journal of Personality and Social Psychology. — 1990. — Vol. 59. — P. 311 -320.

Hevne C. Taterinnen. Often und versteckte aggression von Frauen. — "KreuzVerlag A.G.Zurich.—1993.— P. 172-181.

Hilgard E. R. Divided consciousness: Multiple controls in Human Thought and action. — John Wiley and Sons, 1986.

HoebelE. A. Anthropology: The study of man, 4th Ed. —N.Y.: McGraw-Hill,1972.

Hoffer E. Der Fanatiker (The True Believer). — Reinbek: Rowohit

Verlag, 1965. *Hollander E. P.* Conformity, status and idiosyncrasy credit // Psychological

Review.—1958.—Vol. 65.—P. 117-127 (p. 237).

Hole G. Das Gewissheitselement im Glauben und im Wahn // Confmia Psychiatrica.—1971.—Vol. H.—Teil 1-11.

Hoppe K. D. The aftermath of Nazi persecution reflected in recent psychiatric literature // International Psychiatric Clinics. — 1972. — Vol.8.—P. 169-204.

Homey K. The neurotic personality of our time.—N.Y: Norton, 1937. *Homey K.* New Ways in Psychoanalysis. —N.Y.: Norton, 1939. *Homey K.* Our inner conflicts: A constructive Theory of neurosis. —N.Y: Norton, 1945.

Homey K. Neurosis and Human growth // The Struggle toward self-realisation.—N.Y: Norton, 1950.

Hzith W. Glaube, Ideologic und Wahn. — Nymphenburger Verlagshaudlung.—Munchen, 1984.

Iwawaki S.,Eysenck S. B., Eysenck H. J. Differences in personality Japanese and English//Journal

of Social Psychology. —1977. —Vol. 102.—P. 27-33.

James W. The Varieties of Religious Experience. — N.Y: Marry M. Penguin, 1982 (originally publiched in 1902).

Janet P. M. F. Psychological Healing. —N.Y: Mc.Millan, 1925. *Janet P.* L'automatisme Psychologique.—Paris.; Alcan, 1889. *Jaspers K.* General Psychopathology//Manchester University Press, 1962. *Jarosz M.* Psychologia i psychopatologia zycia codziennego // PZWL -Warszawa. 1978.

Jenkins J. H. To close for comfort / Schizophrenia and emotional overinvolvment among Mexicano families // A. D. Gaines (Eds.) Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries. — Albany, State University of N.Y: Press, 1992. — P. 203-221.

Johnson C. and Fluch A. Family Characteristics of 105 Patients with Bulimia.//American Journal of Psychiatry.—1985.—Vol. 142.—P. 1321-1324.

Jones. Modelling and suicide: A test of the Werher effect // British Journal of Social Psychology. —1992. — Vol. 31. — P. 295-306.

Joubert C. The famous Sayings Test "Sex differences and some correlations with other variables" // Psychological Report. — 1989. — Vol. 64. — P. 763-766.

Jung C. G. The Development of Personality // The Collected Works. — London, 1957. P. 186.

Jung C. G. Four archetypes: Mother, rebirth, spirit, trickster. — N.Y. — Princeton University Press (R. Hull, Trans.), 1969.

Jung C. G. Psychological types. —N.Y: Princeton University Press (R. Hull, Trans.), 1971.

Jung C. G. Psychology and the East. — London, 1986. *Kahn S.* Essays in Freudian Psychoanalysis. —N.Y, 1976.

Kaplan H. J., SadockB. J., GrebbJ. A. Synopsis of Psychiatry / Seventh Edition.—Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.

Karno M., Jenkins J. H. Cross-cultural issues in the course and treatment of schizophrenia // Psychiatric Clinic of North America. — 1993.—Vol. 16.—P. 339-350.

Kernberg 0. F. Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication // Journal of American Psychoanalysis Association. — 1974. —Vol. 22.—P. 255-267.

Kernberg 0. F. Internal World and External Reality. — N.Y: Jason Aronson, 1980.

Kernberg 0. F. Severe Personality Disorders. — Yale University Press:

New Hawen, 1984.

Kierkegaard S. Entweder/Oder. ZweiterTeil. Gesanimelte Werke. 2. Und 3. Abt. —Dusseldorf, 1957.

KinzieJ. D. Therapeutic approaches to traumatized Combodian refugees // Journal of traumatic stress. — 1989. — Vol. 2. — P 75-91.

Kirmayer L. J. The place of culture in psychiatric nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R //

Journal of Nervous and Mental Disease.-1991.-Vol. 179.—P. 19-28.

KirmayerL. J., YoungA., Hay/on B. C. The cultural context of anxiety disorders // Psychiatric Clinics of North America. — 1995. — Vol. 18.—P. 503-521.

Kirmayer L. J., Young A., Hay ton B. The cultural context of anxiety disorders // Castillo R. J., Meanings of Madness Brooks / Cole Publ. Company.—1998.—P. 168-178.

Kitanish K., Tseng W. S. Social phobia among Japanese: Clinical, Family and Cultural Explorations // Transcultural Psychiatric Research Review.—1989.—Vol.26.—P. 137-147.

Klee E. Was sie taten, was sie wurden // Arzte, Juristen und andere beteiligte am Kranken-OderJudenmord. — Frankfurt a. M. —1986. — S. 153.

Klein D. F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes // Psychopharmacologia. — 1969. — Vol. 5. — P. 397-408.

Klein D. F. Anxiety reconceptualized / In Klein D. F, Rabkin J. G (Eds.) anxiety:

New Research and Changing concepts. — N.Y: Raven Press, 1981.

Klein H. Delayed effects and after-effects of Severe Traumatization // Jsrael Annals of Psychiatry. — 1974. — Vol. 12. — P. 293-303.

Klein M. Contributions to Psychoanalysis. — London: Hogarth, 1948. P.

1921-1945. *Klein M.* Envy and Gratitude. — London: The Writings ofMelanie Klein,

1993.—VolIU.—P. 176-235.

Kleinman A. Social origins of distress and disease: Depression,

neurasthenia, and pain in modem China. — Yale Univercity Press:

New Haven, 1986. *Kleinman A.* Rethinking Psychiatry. —N.Y: The Free Press, 1988.

Knight R. P. The relationship of latent homosexuality to the mechanism of Paranoid Delusious Bull. Memiingerdin. —1940. —Vol. 4. —P. 149.

Kohut H. Forms and transformations of narcissism // Journal of American Psychoanalytical Association.—1966.—Vol. 14.—P.243-272.

Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage / Psychoanalytical Study in Child. —1972. —Vol. 27. —P. 377-400.

Kohut H. How does analysis cure? — Chicago: University of Chicago

Press, 1984. *Korolenko C. P., Dikovsky A. A.* The clinical classification of

alcoholism. Anali Zavoda za Mentaino Zdravlje. — Beograd, 1972.

—Vol.1.—P. 5-10. *Korzeniowski L., Puzynski S.* Encyklopedyczny Slownik Psychiatrii /

PZWL. — Warszawa, 1978. *Krupinsky J., Stoller A., Wallace L.* Psychiatric disorders in East

European refugees now in Australia a Social Science and Medicine. —

1973.—Vol.7.—P331-349.

Lamborn S. D., Mounts N. S., Steinberg L., Dombush S. Patterns of competence and adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families / Child Development. — 1991.—Vol.62.—P 1049-1065.

Landrine H. Clinical implications of cultural differences // Clinical Psychology Review.— 1992.—Vol. 12.—P. 401-415.

Lee R. S., .Kovac Y S., Rhee H. The national epidemiological study of mental disorders in Korea // Journal of Medical Science. —1987 — Vol.2.—P 19-34.

LejfJ., SartoriusN. etal. The international pilot study of schizophrenia:

Five-year follow-up findings // Psychological Medicine. — 1992. — Vol. 22.—P. 131-145.

Leigh ton D. C., Hording J. S., Macklin D. B. The character of danger // Psychiatric symptoms in selected communities. — N.Y: Basic Books, 1963.

LeonhardtK. Aufteilung der Psychosen Berlin: Akademie-Verlag, 1959. *Levin G.* Sigmund Freud.—Boston, 1975.

Lids T. The family: The developmental Setting (Arieti S. Ed): Vol. 1 / The Foundations of Psychiatry // American Handbook of Psychiatry, 2nd. Ed. —N.Y: Basic Books, 1974.

Lutz C. A. Depression and translation of emotional words / A.Kleinman., B.Good (eds.) // Culture and depression. — Berkeley: University of California Press, 1985.—P. 63-100.

Lewis G., David A. etal. Schizophrenia and city life.—Lancet, 1992.— VoB.340.-P. 137-140.

Manner S. S. Psychoanalysis of multiple personality // International Journal of Psychoanalysis. — 1980. — Vol. 61. — P. 439-459.

Marsella A. J. Depressive experience and disorder across cultures / H. Tri andis., J. Dragnus (Eds.) // Handbook of cross-cultural Psychology. — Boston: Allyn and Bacon, 1979. —Vol. 6. —P. 237-289.

MattiisekP. Internment in concentration camps and their consequenses. — N.Y.: Springer, 1975.

MedaUa N. Z., Larsen 0. N. Diffusion and belief in collective delusion.

The Seattle windshield pitting epidemic // American Sociological

Review.—1958.—Vol.23.—P. 180-186. *Menninger K. A.* Man against Himself.—N.Y.: Harcourt Brace, 1938.

McCrae R., Costa P. T. Recalled parent-child relations and adult personality a Journal of Personality. —1988. — Vol. 56. — P. 417-434.

McGlushan T. H. A. selective review of recent North American Long-term follow-up Studies of schizophrenia // Schizophrenia Bulletin — 1988.— Vol. 14.— P. 515-542.

Monody P. Facing Love addiction. — San Francisco: Harper, 1992.

Mendis N. The outcome of schizophrenia in Sri Lanka a ten-year-follow-up study//Ceylon Medical Journal.—1986.—Vol.31.—P. 119-134.

Mever A. In A. Lief (ed.)The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer.—N.Y:

McGrawHill—1948.

Michelson L. Untersuchungen ueber die Tiefe des Schiafes. — Dorpat, 1891.

Milgram S. Obedience to authority. — N.Y.: Hasper and Row. — 1974.—

P. 216,218,229. *Miller M. Y, Smith T. S., Wilkinson L., Tobacykl.* Narcissism and Social

interest among councelors-in-trainthy // Psychological Reports. —

1987.—Vol. 60.—P. 765-766.

Monica R. F., Wyshak G. et at. Assessing symptom change in Southeast Asian refugee / Survivors of mass violence and torture // American Journal of Psychiatry.—1990.— Vol.147— P. 83-88.

Montgomery S. A. Recurrent brief depression / Montgomery S. A., Corn T. H. // Psychopharmacology of depression. Oxford: Medical Publications, 1994.—P. 129-140.

Moore L. J., Boehnlein G. K. Cultural influences in psychotherapy with Refugee survivors of torture and trauma // Hospital and Community Psychiatry. — 1991. — Vol. 43. — P. 820-824.

Moore L. J. Treating psychiatric disorders among Mien refugees from

highland Laos//Social Science and Medicine.— 1991.—Vol. 32.

—P. 1029-1036. *Mullen M.* Earliest recollections of childhood // A demographic analysis.

Cognition.—1994.—Vol. 52.—P. 55-79.

Miinakata T. The sociocultural significance of the diagnostic label "neurasthenia" in Japanes mental health care system // Culture, Medicine and Psychiatry.—1989.— Vol.13.— P. 203-213.

Murdock G. P. Ethnographic Atlas. — Pittsburgh, 1967.

Myhir R., Freed W., Raskin L., Katon W. Depression and PTSD among a community sample of adolescent and young Afghan refugees // Journal ofNervous and Mental Disease. — 1995.—Vol. 183.—P. 24-30.

Niederland W. G. Psychiatric disorders among persecution victims // Journal of Nervous and Mental Disease.—1964.—Vol. 139.—P. 458-474.

Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipilar depression / Evidence and theory//Psychological Bulletin. —1987. —Vol. Id. —P. 259-282.

Noyes A. P., Kolb L. C. Modem Clinical Psychiatry W.B.Saunders. Philadelphia. London, 1964.

0 'Nell T. D. An ethnographic investigation of depression and problem drinking at the Flathead Reservation // Culture, Medicine and Psychiatry. —1993. — Vol. 16. — P. 447-469.

Okasha A., a oth. Phenomenology of obsessive-compulsive disorders: a transcultural study // Comprehensive Psychiatry. — 1994. — Vol. 35. — P. 191-197.

Ornstein A. The dread to repeat and the new beginning: a contribution to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders // The annual of Psychoanalysis: International Universities Press. — 1974.—P. 231-248.

Paris J. Social factors in the Personality Disorders // Transcultural Psychiatry. Desember.— 1997.—P. 421-452.

Pervin L. Personality: Theory, Assessment and Research. —N.Y., 1975.

Plakun E. M. New Perspectives of Narcissism // American Psychiatric Press, Washington. — 1990. —P. 3-69.

Raskin R., Novacek Y, Hogan R. Narcisstic self-esteem management // Journal of Personality of Social Psychology. — 1991. — Vol. 60. — P. 911-918.

Richter H. E. Wer nicht leiden will muss hassen // Hoffmann u Campe Verlag.—Hamburg, 1993.

Riley G. Divorce: an american tradition. —N.Y: Oxford University Press, 1991.

Ringet E. None Untersuchungen zum Selbstmord. — Vienna,:

Hollinek.1961.

Robins L. N. Deviant children grown up. — Baltimore., M. D.: Williams, Wife, 1966.

Rothbaum E, Weisz 1. R. Parental care giving and child externalizing behavior in nonclinical samples. A mete-analysis // Psychological Bulletin. —1994. —Vol. 116. —P. 55-74.

Rtidin J. Fanatismus. Du Magic der Gewalt. — 2 Aufl. Walter Verlag. — Olten, Freiburg, 1975.

Rutter M., Rutter M. Developing minds: Challenge and continuinty the life span. —N.Y: Basic Books, 1993.

Sack W. H., Clarke G. et al. A 6-year-follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1993. — vol.34.—p. 1160-1166.

Sack W. H., Clarke G. N.. SeeleyJ. Post-traumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1995. — vol. 34. — p.1160-1166.

Sartorius N.. JablenskyA., Gubinat W., Ernberg G. WHO collaborative study: assessment of depressive disorders // Psychological Medicine.—1980.—Vol. 10.—P. 743-749.

Sartorius N.. Jablensky A., Korten A., Ernberg G., et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures//Psychological Medicine.—1986.— Vol. 16.—P. 909-928.

Sato T., TakeichiM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders

at general medicine clinic // General Hospital Psychiatry. — 1993. —

Vol.15.—P. 224-233. *Schneider K.* Kllnische Psychopathologie. — Stuttgart: Georg Thieme

Verlag, 1966. *Segal B., Korolenko C.* Addictive Disorders in Arctic Climate // New

York, London: Haworth Press, 1990.

Schaefer Th., Bernick N. Sensory Deprivation and its Effect on Perception / Hoch P., Zubin J.(Eds.) // Psychopathology of Perception,: N.Y.,Grunea.Stratton.—1965.—P. 203-221.

Sherif M. An experimental approach to the study of attitudes // Sociometry.—1937.—Vol.l.— P.90-98(p.21).

Sherif M. Social psychology. N.Y.: Harper, Row. —1969. —P. 213.

Skultans V. Neurasthenia and political resistance in Latvia // Anthropology Today—1995.—Vol. 11 (3).—P. 14-18.

Skultans V. A Historical disorder: neurasthenia and the testimony of lives in Latvia // Anthropology and Medicine. — 1997. — Vol. 4 (1). — P. 7-24.

Spitzer R. J. An outsider-insider views about revising the DSMs //

Journal of Abnormal Psychology. — 1991. — Vol. 100. — P. 294-296. *Stadler M., Knise P.* The Self-organization Perspective in Cognition

Research: Historical Remarcs and New Experimental Approaches. —

Berlin: HakenH, Stadler M., 1990. *Stamm H.* Secten-lm Bann von Sucht und Macht. — Zurich: Kreuz

Verlag, 1995. *Starcevic V.* Neurasthenia: a paradigm of social psychopathology in a

transitional society // American Journal of Psychotherapy. —1991. —

Vol.45.—P 544-553. *StengelE.* Suicide and attempted suicide. — Penguin Books. 1973.

Stolorow R., ADvood G. Psychoanalytic Phenomenology: Toward a Science of Human Experience // Psychoanalytic Inquiry. —1984. — Vol.4.—P. 87-105.

Stolorow R., Lachmann F. Transference: The Future of an Illusion // The

annual of Psychoanalysis. — New York: International Universities

Press, 1985. —Vol. 12-13. Sullivan H. S. Conceptions of Modem

Psychiatry.—N.Y.: W. W. Norton, 1953. *Sullivan H. S.* The Fusion of Psychiatry and Social Science. —N.Y: W.

W.Norton, 1964.

SiisserE., WanderlingJ. Epidemiology ofnonaffective acute remitting psychosis vs. Schizophrenia / Sex and sociocultural setting // Archives of General Psychiatry. — 1994. — Vol. 51. — P. 294-301.

Szasz T. Psychiatric Justice. — Syracuse Uneversity Press, 1988.

FilUch P. Theology of Culture/Kimball R. —N.Y: Oxford Universities Press, 1959.

Tseng W. S. A Paranoid Family in Taiwan: A Dynamic Study of Folio a

Famine // Archives of General Psychiatry. — 1966 — Vol. 21. — P. 55-63. *Tseng W. S.. Hsu Y.* Chinese culture, personality formation and mental

illness // International Journal of Social Psychiatry. — 1969 — Vol

16.—P. 5-14.

Tseng W. S. Masahiro A., Kitanishi K., Mc.Langhlin D., Kyornen H. Diagnostic patterns of social phobia. Comparison in Tokyo and Hawaii // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1992. — Vol

180.—P. 380-385.

Tseng W. S., Streltzer J. Culture and Psychopathology // A Guide to Clinical Assessment. —N.Y: Brunner/Mazel, 1997.

Ulrich H. Cultural shaping of illness / A longitudinal perspective on apparent depression // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1993.—Vol. 181.—P. 647-649.

Venziaff V. Die Psychoreaktiven Storungen nach Entschadigungs-pflichten Ereignissen.—Berlin: Springer Verlag, 1967.

Waelder R. The Structure of Paranoid Ideas // Internal. J. Psycho-Analysis.—1951.—Vol.32.—P. 167.

Walter H. A Psychotic Family-Fane a Douze a Journal of Nervous and MentalDisease.-1963.-Vol. 137.—P. 67-75.

Ware N. C., Kleinman A. Culture and somatic experience. The social course of Illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome // Psychosomatic Medicine.—1992.—Vol. 20.—P. 35-53.

Watkins C. E., Hector M. A simple test of the concurrent validity of the social Interest Index // Journal of Personality Assessment. — 1990. — Vol.55.—P. 8—12-814.

Watson C. G. A comparison of the etnical self-presentations of schizophrenics, prisoners, and normals a Journal of Clinical Psychology. — Vol. 28. — P. 479-483.

Waxier N. E. Is outcome for schizophrenia better in nonindustrialized societies? The case of Sri Lanka // Journal of Nervous and Mental Disease.-1979.-Vol. 167.—P. 144-158.

Weissman M. M., Leaf P. J., Bruce M. L., et al. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity.and treatment //American Journal of Psychiatry.—1988.—Vol.145.— P. 815-819.

Weissman M. M., Bland R., Canine J., et al. The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder // Journal of Clinical Psychiatry. —1994. —Vol. 53. —P. 3,5-10.

WeiszJ. R., SigmanM., WeissB., MaskJ. Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand, and the United States / Child development. —1993. — Vol. *64.* — *P.* 98-109. (

Wemer E. E., Smith R. S. Overcoming odds: High risk children from birth i to adulthood. — N.Y.: Comell University Press, 1992. ,

Westermeyer J. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries // ' American Journal of Psychiatry.—1985.—P 798-805.)

Westermeyer J., NeiderJ., Games A. Psychosocial adjustment ofHmong I Refugees during their first decade in the United States — a ' longitudinal study // Journal of Nervous and Mental Disease. — i 1989.—Vol. 177.—P. 132-139.

WHO. International statistical classification of diseases and related ' health problems. Tenth revision (ICD-10). — Geneva: WHO. — 1992. .

Wig N. N.. Menon D. K. et al. Expressed emotion and schizophrenia in North India: Cross-

cultural transfer of ratings of relatives expressed emotion // British Journal of Psychiatry. —1987. — Vol. 51. — P. 156-160. \

Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history//American Journal of Psychiatry.— 1993.—Vol. 150.—P. 399-410.

Wolf A. P. Childhood association. Sexual attraction and the Incest Taboo:

A Chinese Case//American Anthropologist.—1966.—Vol. 68.—P. i 883-898.

Xu D., Cui Y, Tseng W. S., Hsy J. Family Background and stress:

Comparison among Neurasthenia, Anxiety and Depression in BETO / Yoshimatsu K., and Tseng W. S. (Eds.) — Asian Family Mental Health // Psychiatric Research Institute of Tokyo. — Tokyo, 1988.

Zahn-Waxier C., Radke-Yarrov M. The original ofempathic concern. Motivation and Emotion.—1990.—Vol. 14(2).—P. 107-130.

ZaIeznikA. Psychopathology and politics reconcidered // Bulletin of the j Menninger Clinic.—1975.— Vol.39.— P. 145-162.